منظمة الصحة العالمية

الكتاب الطبّي الجامعي

تمريض صحة المجتمع

إعداد نخبة
من أساتذة الجامعات
في العالم العربي

أكاديميا

الكتاب الطبّي الجامعي

تمريض صحّة المجتمع

إعداد
نخبة من أساتذة الجامعات
في العالم العربي

منظمة الصحة العالمية

أكاديميا

تمريض صحة المجتمع

حقوق الطبعة العربية © أكاديميا إنترناشيونال 2006

ISBN: 9953-37-162-8

تم التأليف تحت رعاية وإشراف

المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

جميع الحقوق محفوظة، لا يجوز نشر أي جزء من هذا الكتاب،
أو اختزال مادته بطريقة الاسترجاع، أو نقله على أي نحو،
وبأي طريقة، سواء كانت إلكترونية أو ميكانيكية
أو بالتصوير أو بالتسجيل أو خلاف ذلك،
إلا بموافقة الناشر على ذلك كتابة ومقدما.

Academia International أكاديميا إنترناشيونال
P.O.Box 113 - 6669 ص.ب.
Beirut, 1103 2140 Lebanon بيروت، لبنان
Tel (961 1) 800811-862905-861178 هاتف
Fax (961 1) 805478 فاكس
E-mail academia@dm.net.lb بريد إلكتروني
Website www.academiainternational.com

أكاديميا هي العلامة التجارية لأكاديميا إنترناشيونال للنشر والطباعة

ACADEMIA is the Trade Mark of Academia International
for Publishing and Printing

المحتويات

تقديم 7

مقدمة 9

الوحدة الأولى: مقدمة في تمريض صحة المجتمع 11

الفصل الأول تمريض صحّة المجتمع 13

الفصل الثاني: تاريخ تمريض صحة المجتمع 25

الفصل الثالث: الأدوار الأساسية لممرّض صحة المجتمع 34

الوحدة الثانية: المفاهيم الأساسية في تمريض صحة المجتمع 47

الفصل الأول: الرعاية الصحية الأولية 49

الفصل الثاني: الوبائيات 63

الفصل الثالث: العملية التمريضية في مجال صحة المجتمع 74

الفصل الرابع: تعزيز الصحة وأنماط الحياة 90

الفصل الخامس: التثقيف الصحي 105

الفصل السادس: التواصل 123

الفصل السابع: الجودة 133

الوحدة الثالثة: صحة المجتمع 145

الفصل الأول: تقييم وتحديد احتياجات المجتمع الصحية 147

الفصل الثاني: التخطيط لتنفيذ البرامج الصحية في المجتمع 160

الوحدة الرابعة: العوامل المؤثرة في صحة المجتمع 171

الفصل الأول: التنمية المضمونة الاستمرار (المستدامة) واقتصاديات الصحة 173

الفصل الثاني: آداب وأخلاقيات ممرّض صحة المجتمع 185

الفصل الثالث: الثقافة وتأثيرها على الصحة 193

الفصل الرابع: صحة البيئة 205

الوحدة الخامسة: صحة الفرد والأسرة 221

الفصل الأول: تطور الفرد ورعايته من الولادة حتى مرحلة الشيخوخة 223
الفصل الثاني: صحة الأسرة 257
الفصل الثالث: الرعاية التمريضية المنزلية 272
الفصل الرابع: قضايا أسرية اجتماعية: العنف في الأسرة 288

الوحدة السادسة: ادوار ممرض صحة المجتمع في رعاية المستفيد بمواقع خاصة 302
الفصل الأول: دور الممرض في الصحة المدرسية 304
الفصل الثاني: دور الممرض في الصحة المهنية 319
الفصل الثالث: دور الممرض في الصحة العقلية والنفسية 329
الفصل الرابع: دور الممرض في رعاية ذوي الحاجات الخاصة 341
الفصل الخامس: دور الممرض في الخدمات الصحية المتنقلة 351

الوحدة السابعة: دور ممرض صحة المجتمع في مكافحة الأمراض 357
الفصل الأول: الأمراض السارية 359
الفصل الثاني: الأمراض غير السارية (الأمراض المزمنة) 372
الفصل الثالث: الأمراض المتوطّنة 381
الفصل الرابع: الأمراض المستجدة 399
الفصل الخامس: الأمراض الحيوانية المنشأ 424

الوحدة الثامنة: مشاكل صحية ذات أهمية خاصة 431
الفصل الأول: إدمان المخدرات والمسكرات 433
الفصل الثاني: الحوادث 442
الفصل الثالث: المشاكل التغذوية 451

بسم الله الرحمن الرحيم

تقديم

الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري

المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

لئن تساءل أحدنا يوماً عن أَوْلَى المعارف بالتعميم والنشر بين الناس، لكان الجواب الذي يقدِّمه بعضنا على عجل وبدون تردُّد؛ إنها أكثر هذه المعارف نفعاً للناس؛ وهل هناك أكثر نفعاً من المعارف التي تخفِّف من معاناة الناس ومن آلامهم، وتوجِّههم إلى ما ينفعهم وتنبِّههم إلى ما يضرهم؛ وهذا هو جوهر ما تضطلع به الممرضات من واجبات في عملهن اليومي.

وقد يفكر البعض قليلاً قبل أن يقول إن أولى المعارف بالتعميم والنشر هي تلك التي تعمّ منفعتها المجتمعات والجماعات ولا تقتصر على الأفراد، وهذا أمر واضحٌ، ولا يسع أحد التقليل من شأنه؛ إلا أن ما يستحق منا المزيد من الاهتمام هو تلك المعارف التي تجمع بين النفع للناس والتخفيف عن معاناتهم جماعاتٍ ومجموعاتٍ ومجتمعات، وهذا هو الحال في ما نحن بصدد التقديم له، علم «تمريض صحة المجتمع»، وهو علم يقوم على توعية الأُسَر والأفراد وقطاعات المجتمع حول المشكلات التي قد تعترضهم، وتوضح أنسب الطرق لحلها والتخلُّص منها، وتبيان عوامل الخطر التي تسفر عنها العادات والتقاليد والممارسات اليومية في المجتمع، وإنارة الدرب أمام الناس حول التزام أنماط الحياة الصحية، وتجنب السلوكيات المحفوفة بالمخاطر، حتى لكأن كل واحدة من ممرضات صحة المجتمع مرآةٌ صافية تنعكس فيها الصورة الحقيقية لحياة المجتمع وحياة الأفراد فيه، وتتعدّى ذلك لترسم ملامح المستقبل وفقاً لمدى الاستجابة والتلاؤم مع المعايير الصحية المسندة بالبيِّنات.

والهدف من هذا الكتاب، وهو من سلسلة الكتاب الطبي الجامعي، التي شهدنا منها كتاباً في طب المجتمع، صدر بطبعتين، وآخر في الغذاء والتغذية، صدر هو الآخر بطبعتين، وكتاباً في الطب الشرعي، ورابعاً في الطب النفسي، وخامساً في تاريخ الطب، وكتباً في العلوم الأساسية من تشريح وجنين وهيستولوجيا وفيزيولوجيا وإحصاء، أن يلبّي مع غيره من

الكتب التي صدرت ضمن سلسلة الكتاب الطبي الجامعي، حاجة ملحَّة في كليات الطب والعلوم الصحية في البلدان العربية، ولاسيَّما أن كل واحد منها جاء نتيجة مشاورات وحلقات عملية ومراجعات ساهم فيها عدد كبير من الأخوة والأخوات من العاملين المتخصصين في تعليم هذا العلم في الجامعات والمعاهد العليا في البلدان العربية، وفي العالم، ولعله أيضاً أن يكون فاتحةً لسلسلة مكتملة الحلقات من علوم التمريض، فلدينا أربع مخطوطات قيد المراجعة المكثفة التي يؤمل أن تخرج بعدها لتسد ثغرةً هامة في معاهدنا وجامعاتنا، والمأمول أيضاً أن يحظى هذا الكتاب باهتمام الدارسين والمدرِّسين على حد سواء، بوضعه موضع الاستعمال، وبالمساهمة في نقده وإبداء الملاحظات عليه، لتلافي القدر الأكبر من أوجه القصور فيه في الطبعات القادمة، واضعين نصب أعيننا ملاءمة المادة العلمية لمجتمعاتنا العلمية والمحلية ولممارساتنا اليومية، فهذه الملاءمة هي أكثر ما يميز هذا الكتاب عن غيره من الكتب المؤلفة بلغات أخرى لتلائم المجتمعات التي كتبت فيها ومن أجلها.

أسأل الله المولى العلي القدير أن ينفع بهذا الكتاب مجتمعاتنا، وأن ييسِّر لنا تطويره واستكمال إنتاج مفردات المنهاج المتكامل في علوم التمريض.

والله في عون العبد مادام العبد في عون أخيه.

الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري

المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية

لشرق المتوسط

مقدمة

تمريض صحة المجتمع

الدكتورة فريبا الدرازي

المستشارة الإقليمية للتمريض والمهن الصحية المساعدة

منظمة الصحة العالمية ـ المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

يشكل التمريض العمود الفقري للخدمات الصحية في أي نظام صحي متوازن، ويزيد العاملون في التمريض على نصف العاملين الصحيين، وذلك رغم الاستحداث المتزايد والمتواصل للأنماط الجديدة من العاملين الصحيين في الاختصاصات الفرعية المستجدة. إلا أنه رغم هذه الأهمية الواضحة تعاني الكثير من بلداننا من نقص وخيم ومعنّد على المعالجة والتدبير في أعداد الممرضات المؤهّلات علمياً وفنياً، إلى جانب التسرب المتواصل للممرضات من البلدان الأكثر حاجة إلى البلدان التي تؤمن موارد وظروفاً للعمل أفضل من غيرها، وما يؤدي إليه ذلك في البلدان المضيفة من خلق الاعتماد على سوق العمالة الخارجية، وتأجيل الاهتمام بهذه القضية البالغة الخطورة. وإذا ما أخذنا بالحسبان ما درجت عليه بعض المجتمعات من النظر بالاحترام إلى الأطباء أكثر من بقية العاملين الصحيين، وبشكل خاص من الممرضات، فإن النتيجة التي تواجهنا اليوم هي زيادة عدد الأطباء على عدد الممرضات وبقية العاملين الصحيين مجتمعين، حتى بلغت هذه الزيادة في باكستان عام 1998 :6 أطباء مقابل 4 ممرضات لكل عشرة آلاف من السكان. ولعل أكثر من ساهم في جعل هذا الوضع أمراً واقعاً في الكثير من البلدان هو اعتبار الممرضات فريقاً مسانداً للطبيب، وحظر عملهن بمفردهن دون إشراف الأطباء، وافتقادهن في اللوائح والقوانين التي تنظِّم عملهن لصفة المهنة العلمية التي تمكنهن اختيار مجالات عملهن. ولا ريب أن مصدر هذه النظرة الظالمة للممرضات ما درجت عليه البلدان من قبول الطالبات في مدارس التمريض بعد إتمامهن المرحلة الإعدادية (بعد تسع سنوات من المرحلة الأساسية). وما ينتج عن ذلك من دخول الممرضات المهنة وهن في أعمار تقل عن العشرين، وبخبرات متواضعة، وبوضع نفسي يستسهل الاعتماد على قرارات يتخذها

الآخرون من فريق العمل الصحي، ويجد من الصعوبة بمكان التشبث بموقع ملائم أو بقرار ملائم. أما في الوقت الراهن، ومع ازدياد عدد المنتسبات إلى معاهد التمريض العالية، التي تُعَدُّ جزءاً لا يتجزأ من التعليم العالي، بعد إتمام المرحلة الثانوية، ومع ازدياد أعداد الممرضات الحاصلات على شهادتَيْ الإجازة (أو البكالوريوس) والماجستير، ومع اعتماد شهادة الدكتوراه في عدد متكاثر من الجامعات في الأقطار العربية، تكون مهنة التمريض قد استكملت منظومتها الهرمية التي أصبحت تضم مجازات في التمريض يحملن مؤهلات متفاوتة المكوّنات، هذا إلى جانب أن القوانين واللوائح والنُظُم أعطت لكل ممرضة مِن هؤلاء حقها من حيث الدقة في التسمية الوظيفية وتبيان المهام المنوطة بها، وتوضح الحقوق والواجبات، بل وتترجم ذلك في الكثير من المواقع إلى تخصيص أزياء متميزة لكل فئة، ناهيك عن مراعاة العدالة في المراتب الوظيفية والمخصصات. وهكذا خرجت الممرضات عن الاقتصار على العمل في الإطار الضيق لتنفيذ المهام المنوطة بهن، مع الاستمرار في ذلك بكل دقة وإتقان، إلى المجال الفسيح الرحب للمشاركة في الإدارة والتخطيط والتقييم والبحوث، وإلى ما هو أهم من ذلك، إلى الاندماج مع المجتمع بجميع مكوِّناته، فانعتقن من المستشفيات وأروقتها وردهاتها، وانغمسن في العمل في المجالات الصحية بدلاً من الانحباس في القوقعة الزجاجية الهشة للتدبير العلاجي بشكل عام والجراحي والتدخلي بشكل خاص.

إن كتاب "تمريض صحة المجتمع" الذي نتصفحه اليوم، يرسم لمهنة التمريض خارطة طريق جديدة، تتسع فيها آفاق العمل والتوقعات المطلوبة من التمريض لتصبح متوزعةً في المجتمع بكامله، خدمةً وقائية، وتدبيراً علاجياً، وتثقيفاً وتوعية، وتجميعاً للمعطيات، ونشرها والانتفاع منها في التخطيط والتقييم والمتابعة. وهذا ما توخَّينا إيضاحه في هذا الكتاب، الذي ندرك منذ الوهلة الأولى أنه سيكون غريباً بعض الشيء في بعض محتوياته على بعض الناس، ومجافياً لبعض ما ألفوه، ولكنه في النهاية لخدمة وصالح المجتمع. وكلنا أمل أن تثمر مساهماتكم في نقده وتصويبه طبعةً جديدة أكثر أناقة ورشاقة وأسهل فهماً.

والله الموفَّق.

تحرير

الدكتورة ليندا حداد

كلية التمريض

جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية

إربد - الأردن

المشاركون

الدكتورة أحلام كاظم حسين	الدكتورة فريبا الدرازي
الدكتورة إنعام ابو يوسف	الدكتورة ليندا حداد
الدكتورة خديجة قحطاني	الدكتور محمد خلف
الدكتورة رغدة شكري	الدكتورة منى شنودة
الدكتور عمر بورقعة	الدكتورة منال عويضة
الدكتورة عواطف القطان	الدكتورة هدى عمرو
الدكتورة فاتن فكري	الدكتورة هدية السيد
الدكتورة فاطمة الكندري	الدكتورة وسيلة بترو

بإشراف

الدكتورة فريبا الدرازي

المستشار الإقليمي للتمريض والمهن المساندة، وحدة التمريض والمهن المساندة،
قسم النظم والخدمات الصحية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية

الوحدة الأولى

مقدمة في

تمريض صحة المجتمع

الفصل الأول: تمريض صحة المجتمع

الفصل الثاني: تاريخ تمريض صحة المجتمع

الفصل الثالث: الأدوار الأساسية لممرّض صحة المجتمع

الفصل الأول

تمريض صحّة المجتمع

Community Health Nursing

منذ القدم والإنسان يعيش في جماعات تسمى مجتمعات. وفي هذه الجماعات كان الإنسان يحصل على احتياجاته من خلال مهارات مختلفة وخدمات ورعاية لا يستطيع أن يقدمها الفرد لنفسه. ولكي تستمر هذه المجتمعات في تقديم هذه الخدمات يجب عليها أن تحمي وجودها واستمرارها بالحفاظ على صحتها.

المجتمع

ما هو المجتمع؟

إن تعريفات المجتمع كثيرة ومتعددة، فالبعض ينظر إليه من حيث الأعمال التي تؤدّى به: «المجتمع هو تجميع وحدات اجتماعية وأنظمة تقوم بعمل اجتماعي كبير له وضع معروف» (وارن وميلري 1963). والبعض يرى المجتمع بموقعه الجغرافي: «المجتمع هو منطقة جغرافية تتصف بعوامل اجتماعية وثقافية وبيئية» (أتوهين وتينجل 1974). وترى تعاريف أخرى أن المحور الأساسي للمجتمع هو وجود سمات متشابهة بين الأفراد:

«المجتمع هو تجميع الأفراد الذين لهم مركز محوري أو قوة رابطة» (جارفيس 1989)، «المجتمع هو مجموعة من الأفراد يشتركون في بعض السمات الهامة في حياتهم» (سبرادلي 1981).

وعلى الرغم من تعدد التعاريف لمفهوم المجتمع فإن هناك ثلاثة مبادىء هامة تجتمع في كل التعاريف وهي وجود:

- الاهتمام المشترك بين المجموعة وليس الاهتمام الخاص؛
- أي نوع من الروابط بين أفراد المجموعة؛
- بعض التفاعل الإنساني.

ومن التعاريف الجيدة للمجتمع: أنه عبارة عن مجموعة من الأفراد المتواجدين في منطقة جغرافية معلومة الحدود تربط بينهم اهتمامات مشتركة وروابط معينة محكومة بعادات وتقاليد وقوانين وشرائط دينية وتفاعل إنساني.

وإذا تم الطلب من مجموعة من ممرّضي المجتمع، تعريف المجتمع، سيتم الحصول على تعاريف بعدد أفراد المجموعة، فكل يعرفه حسب مفهومه والمنظار الخاص الذي ينظر به.

درست هيلري عام 1955 أربعة وتسعين تعريفاً للمجتمع، وحاول غيرها وضع التعريف النهائي، ولكن لا يوجد حتى اليوم تعريف واحد للمجتمع يتفق عليه علماء الاجتماع.

ولعل من أنجح التعاريف ذلك الذي وضعته سبرادلي عام 1991 والذي وصفت من خلاله المجتمع بتجميع الإجابات عن عدة تساؤلات وهي:

1 ـ من؟ Who? ـ عوامل الإنسان؛

2 ـ أين ومتى؟ Where and When? ـ عاملا المكان والزمان؛

3 ـ لماذا وكيف؟ Why and How? ـ التفاعل العاطفي بين قيم وعادات وتقاليد ومعتقدات.

وإذا أجبنا عن جميع هذه التساؤلات نكون قد أنتجنا تعريفاً للمجتمع وقد يكون مشابهاً للذي تم ذكره مسبقاً.

أشكال المجتمع

هناك أشكال للمجتمع مرتبطة بالترتيب الديموغرافي وهي على النحو التالي:

- **المجتمع الأمثل:** يتميز هذا النوع من المجتمع بتركيبة مثلى ومتوازنة بين عدد الأفراد المكونين له وهو عكس المجتمع المكتظ الأفراد والمجتمع المؤلف من قلة بشرية.
- **المجتمع الثابت:** ويتكون من سكان معدل نموهم السنوي ثابت والتركيب العمري ثابت، غير متغيرين بحكم أن المعدل العام للولادات والوفيات ومعدل الوفيات حسب التركيب العمري يبقى ثابتاً لمدة طويلة.
- **المجتمع المستقر:** وهو مجتمع يكون معدل نمو سكانه سلبياً نظراً لتساوي معدل الولادات والوفيات ووجود توزيع متعادل في التركيب العمري غير المتغير.
- **المجتمع الهرم:** وهو مجتمع يضم نسبة عالية من الأفراد المعمّرين مع ضَعف في معدل النمو الديموغرافي العام لفئتي الأطفال والقوى البشرية العاملة في مرحلة العمر المنتجة.

وهناك أشكال مرتبطة بمستوى مدنيّة المجتمع وهي كالتالي:

- **المجتمع المدني:** وهو المجتمع الذي يتمتع أفراده بتوافر المصالح الاجتماعية والثقافية والصحية. فالمدينة توفر المرافق الأساسية للعيش، وإمكانية التعايش بين المجموعات

المختلفة، وتكون هذه العوامل عادة دافعاً إلى زيادة الحس الاجتماعي. لكن رغم ما توفره المدينة من مرافق أساسية وخدمات اجتماعية كالتعليم، والصحة ووسائل الاتصال والتواصل والسكن وفرص العمل، فإن المجتمع المدني معرض إلى مخاطر عديدة سببها الانفتاح على مجتمعات أخرى مختلفة.

- **مجتمع المدينة:** ويكون اقتصاده غير زراعي حيث يعمل ثلثا السكان بغير الزراعة، ويتمتع بمركز حكم محلي، فتكتسب فئة منه وخاصة الشبابية سلوكاً اجتماعياً دخيلاً يعرّضها إلى اضطرابات في السلوك كما يعرّضها إلى ممارسات صحية مدمرة كالتدخين والتلوث البيئي، والإدمان على الكحول والمخدرات، والعنف والأمراض الحديثة كالإيدز والسرطان. وقد تتضافر هذه العوامل مع ما يعانيه المجتمع من مشاكل داخلية كالبطالة والكثافة السكانية وتزايد معدّل الولادات، وخاصة في الأسر المحدودة الدخل، والتسرب من المدارس، فينتج عنها مشاكل اجتماعية وصحية واقتصادية وعلى رأسها التفكك الأسري والصراع بين الأجيال واللجوء إلى العنف والإجرام. وبهذا يتدهور المجتمع ويختل توازنه فيفقد القدرة على الدعم والمساندة والاستجابة لاحتياجات الأفراد.
- **مجتمع المناطق المستحدثة:** هو حصيلة هجرة مكثّفة من الوسط الريفي تلتصق بالمدن، وغالباً ما تكون الظروف المعيشية فيه صعبة نظراً للكثافة السكانية وقلة المرافق الأساسية وصعوبة التنقل والاتصال وتطلع أفراده إلى مستوى معيشي يفوق بكثير مواردهم، فتساهم هذه الظروف بقسط كبير في زيادة المشاكل الاجتماعية. وقد يصبح الفرد فيه مؤهلاً لإحداث اضطرابات في الوسط الأسري والثورة ضد بعض العادات والتقاليد، كما ينتشر القلق والضغط والتصادم بين المجموعات من مختلف الأعمار، وهذا يهدد بالانهيار الأسري فيتعرض الأفراد إلى مشاكل اجتماعية وصحية واقتصادية.
- **المجتمع الريفي:** عادة ما يكون للكبار في هذا المجتمع دور فعّال في المحافظة على توازن الأسرة والتقاليد والروابط الوثيقة التي تتحكم في الأسرة مع تقاسم الأنماط والأدوار والتصرفات في الحياة بصفة متماسكة ومتقاربة رغم عدم توافر المرافق الأساسية بالقدر الكافي والنقص في الموارد الطبيعية وفرص العمل. وقد عملت التحوّلات الاجتماعية الحديثة على تقلّص المجتمع الريفي الذي بدأ في فقدان ملامحه الريفية بسبب الهجرة، سواء كانت داخلية بالنزوح إلى المدينة، أو خارجية عند انتقال أفراده إلى الدول الأخرى.

وهذا الواقع الذي أنتجته ظروف مستحدثة خلقتها علاقات الاتصال بالعالم الخارجي فرض أوضاعاً جديدة على الأسرة والمجتمع الريفي أثّرت على قدرة الأسرة على أداء مهماتها الأصلية.

رغم ذلك فإن الملامح الأصلية للمجتمع الريفي ما زالت بارزة كالمحافظة على صلة الرحم والتواصل والتآزر والتشبّث بالجذور.

ويختص المجتمع الريفي أيضاً باختيار علاقات تمكّنه أحسن من غيره من تحقيق أهدافه في سياق مجتمع متغير نسبياً، وبذلك يستطيع أفراده مواجهة الأزمات التي من الممكن أن تعترضه باللجوء إلى الجيران والأقارب والأصدقاء لتدعيم القوة والتصدي إلى ما قد تحدثه التغييرات الحياتية الجديدة.

الصحة Health

تعتبر الصحة من المفاهيم التي يصعب تعريفها بدقة. فليس هناك حد فاصل بين مفهوم الصحة ومفهوم المرض أو العجز أو الإعاقة وليس من السهل أن نقول إن بعض الأفراد في المجتمع «أصحّاء»، والبعض الآخر «مرضى». وكذلك ليس من السهل أن نقيس درجة صحة الفرد أو درجة مرضه إذ إن ذلك يتحدد بعوامل كثيرة متعددة ومتداخلة. فالصحة ليست قيمة مطلقة ولكنها حالة متغيرة دائماً تعتمد على التقدم العلمي الحديث وكذلك على المتغيرات الثقافية لكل مجتمع. وفي عام 1964 وضعت منظمة الصحة العالمية تعريفاً للصحة جاء فيه أن «الصحة هي حالة من اكتمال السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية وليست فقط الخلو من المرض أو العجز». ولكن عدداً كبيراً من المهنيين يرون الآن أن الحالة الصحية للفرد تعتمد أساساً على مقدرته على التكيّف مع المتغيرات التي تقابله خلال حياته، بمعنى أن الفرد الذي يشعر أنه في حالة جيدة ويمارس حياته الاجتماعية والاقتصادية بطريقة مرضية (مقبولة) يمكن اعتباره سليماً صحياً حتى لو كان عنده بعض أنواع الإعاقة أو المرض العضوي أو العقلي. وفي المقابل نجد أن بعض هؤلاء الأفراد الخالين من بوادر المرض العضوي الظاهر يمكن اعتبارهم غير أصحاء لشعورهم بأنهم ليسوا في حالة جيدة.

ويمكننا القول إن سلوك التكيّف الذي ينتج عنه الإحساس بالصحة أو الحالة الجيدة، وسلوك عدم التكيّف الذي ينتج عنه الشعور بالمرض، غالباً ما يكتسب من خلال الأسرة والمجتمع بقيمه وعاداته واتجاهاته نحو الصحة والمرض.

في عام 1988 وفي أحد مؤتمرات التمريض عن «الصحة للجميع بحلول عام 2000» كان هناك امتداد آخر لتعريف الصحة (منظمة الصحة العالمية 1946) بأنها حالة من المعافاة الكاملة بدنياً ونفسياً واجتماعياً لا مجرد انعدام المرض أو العجز (Nath 1988).

العافية Wellness

عرّف انسوف Anspaugh العافية بأنها ليست غياب المرض ولكن العافية هي أن يرتبط الإنسان بمواقف وسلوكيات تحافظ على نوعية الحياة وتعززها ويستغل أقصى طاقاته.

والمفاهيم الأساسية للعافية تحوي الاعتماد على النفس وعملية النمو وكيفية معالجة الضغط النفسي stress management واللياقة الصحية والقرارات اليومية بشأن التغذية والصحة والعافية وجميع ما يتعلق بالصحة وبالفرد بشكل عام للوصول إلى مستوى عال

من السعادة والهناء wellbeing. وعرّف ترافيس وريان (Travis & Ryan 1988) العافية بأنها اختيارية وطريق تحكّم فعال بالطاقة وتناسق البدن مع الروح والعقل وحب النفس وتقبل الذات.

وقد اقترح أنسوف خمسة أبعاد للعافية:

1 ـ البدنية: وهي القدرة على القيام بالأعمال اليومية والحفاظ على اللياقة البدنية والتغذية الكافية، وتجنب الكحول والتدخين والاستعمال الخاطىء للأدوية، وممارسة عادات إيجابية في طريقة المعيشة بشكل عام.

2 ـ الاجتماعية: وهي القدرة على تبادل الاحترام والتعامل والتفاعل بنجاح مع أفراد المجتمع.

3 ـ العاطفية: وهي القدرة على تحمل الضغوط والتعبير عن العاطفة بشكل ملائم وصحيح.

4 ـ العقلية: وهي القدرة على التعلّم واستعمال المعلومات بشكل مفيد للتطوّر الشخصي والعائلي والمهني.

5 ـ الروحية: وهي الاعتقاد بأن هناك قوة (دينية ـ علمية) في خدمة الإنسان تعطي معنى للحياة وتحتوي على قيم وأخلاقيات سلوكية كامنة بالفرد.

ونلاحظ أن جميع العناصر وجميع العوامل المكونة لها متداخلة يؤثر بعضها في بعض بشكل أو بآخر، ولها تأثير كبير على حالة الفرد الصحية والمرضية. لذلك تتطلب العافية تفاعل جميع مكونات أبعادها الخمسة للوصول إلى مستوى عالٍ من السعادة والهناء.

صحة المجتمع

عندما ظهر مفهوم صحة المجتمع مع بداية القرن الماضي كان الهدف الأوّل هو التحكّم في الأمراض الانتقالية من خلال محاولات التحكم في صحة البيئة وإجراءات العزل المتشددة وخاصة لأمراض مثل حمى التيفوئيد والتدرن الرئوي. ومع تقدّم الخدمات المعملية وازدهار علم الميكروبات أصبح التشخيص المبكّر والرعاية الطبية ممكنين، وكذلك بعض إجراءات التحكّم مثل التطعيمات المختلفة والحصول على مياه نظيفة صالحة للشرب والتخلّص الصحي من الفضلات.

وبالتدرّج تم وضع المسؤوليات الأساسية الست لصحة المجتمع وهي:

1 ـ التحكّم في الأمراض الانتقالية؛

2 ـ صحة البيئة؛

3 ـ الخدمات المعملية؛

4 ـ الإحصاءات الحيوية؛

5 ـ صحة الأم والطفل؛

6 ـ التثقيف الصحي.

وللقيام بهذه المهمات بفاعلية كان التأكيد على رعاية الأفراد، وخاصة في المدارس والمصانع، إذ يمكن من خلالها الوصول إلى أكبر شريحة في المجتمع. ولذلك تم استحداث برامج الصحة المدرسية والصحة المهنية في صحة المجتمع.

ولعل أشهر تعريفات الصحة العامة ما وضعه (ونسلو 1923):

«الصحة العامة هي علم وفن الوقاية من الأمراض وإطالة الحياة والحفاظ على الصحة والكفاءة من خلال جهود المجتمع المنظم» لأجل:

- الحفاظ على بيئة صحية خالية من التلوّث؛
- التحكّم في الأمراض الانتقالية؛
- تنظيم الخدمات التمريضية والطبية لأجل التشخيص المبكر والوقاية من الأمراض؛
- تطوير الانجازات الاجتماعية لضمان مستوى معيشة يكفل لكل فرد الحفاظ على صحته.

ومع التقدّم الحضاري اتجهت صحة المجتمع الآن نحو التأكيد على المستفيد وكذلك بيئته، فقد ظهرت المشاكل البيئية والانفجار السكاني، وتلوّث الهواء والماء، والحوادث، وسوء استخدام الأدوية والكحول والعنف بأشكاله المختلفة.

ومن منظور العافية نستطيع القول إن صحة المجتمع هي وصول المجتمع إلى قمة السعادة البدنية والاجتماعية والعاطفية والعقلية والروحية. ومن أفضل تعريفات صحة المجتمع التعريف الذي يعتمده ممرّض صحة المجتمع والذي يستلهمه من تعريف أفراد المجتمع للصحة ويستند على ثقافتهم وخاصة قيمهم. فبعضهم يهتم بحماية مصالحه الاقتصادية واعتبار هذا عامل هام للحصول على الصحة، والبعض الآخر يركّز على الترابط الأسري والاحتياجات الفردية كعامل مهم، وهكذا....

تمريض صحة المجتمع

بينما كان علم صحة المجتمع يأخذ شكله الحديث الحالي كان علم تمريض المجتمع ينمو ويتطور معه أيضاً. فتمريض صحة المجتمع كما قامت بتعريفه جمعية التمريض الأمريكية (A N A) عام 1973 هو «تطبيق نظريات التمريض على ممارسات الصحة العامة بغرض الاحتفاظ والارتقاء بصحة الأفراد والحفاظ عليها، ومراعاة التثقيف الصحي، والإدارة، والتنسيق والاستمرارية في الرعاية كمدخل شامل للتحكّم في الرعاية الصحية للأفراد والأسرة في المجتمع».

وثمة تعريف آخر وضعته رابطة التمريض العالمية ينصّ على أن:

«تمريض صحة المجتمع هو مجال تخصّصي يقع بين التمريض المهني والمجال الواسع للممارسة المنظمة للصحة العامة، فهو يطبق فلسفة ومحتوى وطرق الصحة العامة مع

معلومات ومهارات مهنة التمريض».

ومن أكثر التعاريف التي يتم استخدامها في وقتنا الحالي التعريف الذي وضعته الجمعية الأمريكية للصحة العامة (APHA) عام 1981، والتعريف الذي وضعته جمعية التمريض الأمريكية (ANA) عام 1980 والذي ينص على أن تمريض صحة المجتمع هو ممارسة التمريض مع ممارسة الصحة العامة، بهدف الحفاظ والرقي بصحة المجتمعات بشكل شامل، ولايقتصر على فئة معينة من المجتمع كالعمر، أو على التشخيص المرضي بصورة مستمرة. وينطلق من تحميل المسؤولية السائدة للمجتمع كله، وأن التمريض موجه إلى الأفراد والعائلات والمجتمعات التي تساهم في صحة المجتمع كاملاً، وأن جميع العوامل التالية تستخدم بطريقة متكاملة لإدارة الرعاية الصحية للأفراد والعائلات والجماعات في المجتمع، هذه العوامل هي الرقي بالصحة والحفاظ على الصحة والتثقيف الصحي والإدارة والترابط والتتابع في توفير الرعاية.

ومن هذه التعريفات نرى أن تمريض صحة المجتمع لا يهتم بالفرد فقط بل يهتم بالعائلة والمجتمع والبيئة المحيطة بهم وبذلك نرى أن المستفيد الذي تتعامل معه ممرضة صحة المجتمع، قد يكون فرداً أو أسرة أو مجتمعاً.

صحة الفرد

تعتبر صحة الفرد أساساً لصحة العائلة والمجتمع بشكل عام. فتقديم الرعاية التمريضية لفرد يجب أن تأخذ بعين الاعتبار النواحي الصحية والاجتماعية والاقتصادية والروحية والتي تعتبر جميعها مهمة للمرضى لغايات الارتقاء بصحة الفرد.

صحة الأسرة

ويشترك أفراد الأسرة في الثقافة العامة والمفاهيم وتنتقل العادات والأفكار من الآباء إلى الأبناء كما يشتركون في العوامل البيئية وكذلك العوامل الاجتماعية والاقتصادية والوراثية. لذلك تعتبر صحة الأسرة أكثر من مجموع الحاصل الجبري لأفرادها، فهي حالة جميع أفراد الأسرة الصحية كوحدة واحدة بما فيها البيئة المحيطة وحالة الأسرة الاجتماعية والاقتصادية والنفسية.

ويعتبر تقييم صحة الأسرة من أهم أدوار الممرض/الممرضة، وهو أساس الخطة التمريضية المناسبة لمساعدة الأسرة في الحفاظ على المستوى الصحي والارتقاء بها إلى مستوى صحي أفضل منه.

والهدف من تقييم حالة الأسرة هو معرفة خصائص العائلة ومهامها وتوضيح التعامل والتفاعل بين أفرادها، ودور كل فرد بالعائلة، وتحديد نقاط قوة العائلة وضعفها ووصف حالتها الصحية وصحة كل فرد فيها. كذلك يجب تقييم مستوى معيشة العائلة من النواحي

الاقتصادية والاجتماعية والنفسية، وطريقة تربية الأطفال وعملية التكيف المتبعة والمعتقدات والممارسات الصحية التي تقوم بها.

صحّة المجتمع

وصحة المجتمع هي إحدى مسؤوليات ممرضات صحة المجتمع الذي يعنى بصحة الأفراد والعوائل والمجتمع والسكان. والرعاية التمريضية لصحة المجتمع هي ترقية وتعزيز الصحة البدنية والعاطفية والاجتماعية والبيئية المحيطة لجميع الأفراد في الأسرة والمجتمع.

يجب على ممرض صحة المجتمع الاضطلاع بعملية إشراك وكسب دعم تأييد أفراد المجتمع لدراسة وتعزيز وتحسين مستواهم الصحي، وكذلك يجب أن يكون قادراً على استخدام جميع قنوات الاتصال المتاحة، وأن يكون قادراً على العمل والتعاون مع العاملين في مجال الصحة.

ويجب على ممرض صحة المجتمع تقييم صحة المجتمع، وأول خطوة في التقييم هي معرفة وفهم وتحديد المجتمع الذي يتفاعل معه بوضوح تام حيث يحتاج إلى معرفة خصائصه وتركيبته والبيئة المحيطة به، ومستوى التعليم والمواصلات والعوامل الأساسية المؤثرة به والخدمات الصحية والمؤسسات الاجتماعية، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والخدمات الترفيهية، والتعرف على المشكلات الصحية وغيرها من المشكلات التي تؤثر على نمو وصحة المجتمع، حيث تعتبر جميع هذه المعلومات أساساً لوضع وتنفيذ العملية التمريضية. والتثقيف الصحي أيضاً هو رسالة مهمة لممرض/ممرضة صحة المجتمع حيث إن هدف التثقيف الصحي للمجتمع هو مساعدة المجتمع في اكتساب المعرفة والمهارات اللازمة للحفاظ على الصحة وتعزيزها وتحسينها. ولضمان نجاح التثقيف الصحي هناك أسس وطرائق عديدة يجب اتباعها وتقديمها بمشاركة أفراد المجتمع المعنيين. كذلك يجب وضع الخطط والأولويات المحلية على أساس معلومات عن الاحتياجات الصحية الفعلية وعن مشاكل أفراد المجتمع.

مستويات الوقاية في تمريض المجتمع

يعتمد تمريض صحة المجتمع في عمله أساساً على منهجية الوقاية من الأمراض والارتقاء بالصحة. وتعتبر الرعاية الوقائية من أكبر التحديات للممرضين العاملين في مجال صحة المجتمع، ويمكن فهم الرعاية التمريضية للمستفيد والتي تعنى بالوقاية من الأمراض من خلال الإجراءات الصحية على ثلاثة مستويات من الوقاية وهي الأولية والثانوية والثالثية.

1ـ الوقاية على المستوى الأول Primary Prevention: وهي الإجراءات الوقائية الأولية أو الأساسية وتتجه نحو تعزيز الصحة والحماية ضد الأمراض وتتركز على الأشخاص الذين

لا يعانون من أي مرض. وتهدف إلى منع وقوع المرض وذلك باتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة وتشمل برامج التثقيف الصحي والتطعيم وتنظيم الأسرة وتعليم العناية السنية والوقاية من الحوادث.

ويمكن للممرض توجيه هذه الإجراءات على مستوى فردي أو جماعي أو للمجموعات التي تكون في خطر. وبذلك يعتبر تعزيز الصحة health promotion والرعاية الوقائية preventive care من العوامل المهمة لبلوغ الصحة للجميع.

2 ـ الوقاية على المستوى الثاني Secondary Prevention: وتعني الحفاظ على الصحة وتتركز على الأشخاص الذين يعانون من مشاكل صحية أو مرض أو على المرضى المعرَّضين لمضاعفات المرض، وتحتاج إلى إجراءات وقائية وعلاجية. والهدف الرئيسي من هذه الإجراءات هو الاكتشاف المبكر، والعلاج الفوري للحالات المرضية، والرعاية الكافية والمناسبة للمرضى لاستعادة صحتهم وللحد من مضاعفات المرض.

ويمكن تقديم جزء كبير من الرعاية التمريضية في المنازل والمستشفيات، وتشمل بعض هذه الإجراءات وقاية الجروح من الالتهابات وإعطاء الأدوية والعمليات الجراحية.

3 ـ الوقاية على المستوى الثالث Tertiary Prevention: وتتطلب إجراءات تكيفية علاجية والهدف الرئيسي منها هو التأهيل rehabilitation، إذ يتم مساعدة المصابين بالإعاقة للوصول لأعلى مستوى ممكن من طاقاتهم وعلى التكيف والوقاية من مضاعفات الإعاقة. وتتركز على الأشخاص الذين يعانون من إعاقة قصيرة المدى أو مستديمة، فمثلاً على الممرض أن يقوم بتأهيل مرضى الشلل الدماغي وذلك حتى يتمكّن المريض من إدراك حالته ومنع حدوث قصر أو ضمور في الأعضاء نتيجة الشلل الدماغي.

خصائص ممرّضي صحة المجتمع

بعد أن اطلعنا على تعريف ومواصفات تمريض صحة المجتمع، يمكن القول إن ممرّض صحة المجتمع يتصف بالخصائص التالية:

1 ـ الاهتمام بالصحة والعافية وليس بالمرض. فمهمة تعزيز الصحة هي مهمة رئيسة لتمريض صحة المجتمع. وتتركز معظم نشاطات تمريض صحة المجتمع في التعزيز والوقاية أكثر من المرض.

2 ـ الاهتمام بالسكان والجماعات وليس بالأفراد. إن الاهتمام الأولي لممرضي صحة المجتمع ينبغي أن يتركز على الجماعات والمجتمعات وليس على الأفراد. وعند تقديم الرعاية للفرد والأسرة فإنها تقدم على أساس أنهم عنصر من عناصر المجتمع وليس بمعزل عنه.

3 ـ الاستمرارية. إن عملية تمريض صحة المجتمع هي عملية طويلة الأمد وقصيرة

الأمد، ويستمرّ ممرّض صحة المجتمع بالعمل مع المستفيد ما دام هناك شعور بالحاجة لخدماته.

4 ـ **الشراكة.** إن تمريض صحة المجتمع يفترض أن يكون المستفيد شريكاً فعّالاً في معرفة وتقييم المشكلة والتخطيط لحلها وتنفيذ الحلول. وما يفعّل هذه الشراكة وجود المستفيد في وسط بيئته سواء كانت المنزل أو الحي أو القرية أو المدينة. وهنا نود التأكيد أن برامج تمريض صحة المجتمع لا يمكن أن تنجح بدون هذه الشراكة.

مجالات تمريض صحة المجتمع

يقوم الممرّض الذي يعمل في المجتمع بالعديد من الأدوار. وعلى الرغم من أن بعض هذه الأدوار تعتبر حديثة، إلا أن البعض الآخر ترجع جذوره إلى الأدوار الخاصة برعاية المجتمع والتي نشأت في القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين كجزء من التخصصات المتعددة لنشاط الصحة العامة في الماضي. أما حديثاً، فإن مجالات تمريض صحة المجتمع تعتمد على عدة عوامل منها:

1 ـ كثافة المجتمع وتركيبه؛

2 ـ عدد العاملين ودرجة إعدادهم ونوعية تأهيلهم؛

3 ـ تقبل المجتمع للوائح التي تنظم وتحكم ممارسة الصحة العامة؛

4 ـ الهيكل التنظيمي للصحة العامة.

مجالات صحة المجتمع

مهما كان دور ممرّض صحة المجتمع فيمكنه ممارسة تخصصه في مجالات متعددة منها:

1 ـ وكالات الصحة العامة؛

2 ـ وكالات الرعاية المنزلية؛

3 ـ وكالات التطوع والمنظمات غير الحكومية؛

4 ـ أقسام العيادات الخارجية؛

5 ـ العيادات المتخصصة؛

6 ـ عيادات المصانع؛

7 ـ مراكز الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة؛

8 ـ مراكز الرعاية الصحية الأولية؛

9 ـ عيادات المدارس؛

10ـ دور رعاية المسنين؛

11ـ وكالات الصحة النفسية؛

12ـ مراكز رعاية المعوّقين وذوي القدرات الخاصة؛

13ـ مراكز التأهيل؛

14ـ مراكز رعاية الأحداث والمساجين.

هذا وسنقدم في الفصل الأخير من هذه الوحدة بحثاً وافياً لأدوار ومهام ممرّض صحة المجتمع.

أسئلة ونشاطات

1 ـ عرّف المجتمع.
2 ـ ما مفهومك لكلمة الصحة؟
3 ـ ناقش مفهوم صحة المجتمع.
4 ـ عرّف تمريض صحة المجتمع.
5 ـ عدّد ممارسات تمريض صحة المجتمع.
6 ـ ناقش المبادىء الهامة في تمريض صحة المجتمع.
7 ـ ما هي أهداف تمريض صحة المجتمع؟
8 ـ أذكر العوامل التي تعتمد عليها مجالات تمريض صحة المجتمع.
9 ـ تكلم عن مجالات تمريض صحة المجتمع.

مراجع للاستزادة

(1) Hillery, G.A. JR. Definition of Community-Areas of Agreement. Rural Social 20:11,(1955)

(2) Spradley Barbara, W.Readings in Community Health Nursing. Fourth edition. J.B. Lippincott company. (1991).

(3) Swanson J.& Albrecht M. Community Health Nursing. Promoting The Health of Aggregates, W.B. Saunders Comp. (1993)

(4) Ellis, J.R., Hertley, C.&Berger, K. Nursing in Today's World. Challenges, Issues, and Trends Fourth ed. J.B. Lippincott Comp. Philadelphia. (1992)

(5) Spradley, B.W. & Allender J.A., Community Health Nursing. Concepts and Practice. Fourth ed. Lippincott. (1996)

(6) Bullough B., Bullough V., Nursing in the Community, The C.V Mosby Company St. Louis.

(7) Clark M.J., Community Nursing-Health Care for Today and Tomorrow, Reston Publishing Company, Reston, Virginia.

(8) Clemen-Stone, S., Eigsti D.G. and McGuire S.L., Comprehensive Family & Community Health Nursing, McGraw Hill Book Company, New York.

(9) Cookfair, J.K., Nursing Process & Practice In The Community, Mosby-YearBook, St. Louis.

(10) Leahy K.M., Cobb M.M., Joves M.C., Community Health Nursing-Promoting The Health Of Aggregates, W.B. Saunders Company, Philadelphia.

(11) McEwen M., Swanson J.M., Albrecht M., Community Health Nursing- Promoting The Health Of Aggregates, W.B. Saunders Company, Philadelphia.

(12) Nath U.R, O. Neill P., «International Network: Report from the First Pan-European nursing conference» Nursing Times 84 (28) July.

(13) Roper N., Logen W.W., Tierney A.J., The Elements Of Nursing-A Model For Nursing Based On A Model Of Living, Churchill Livingstone, Edinburgh. (1990)

(14) Spradley B.W. «Contemporary Community Nursing», Little Brown and Company, Boston.

الفصل الثاني

تاريخ تمريض صحة المجتمع

إن مزاولة اختصاص تمريض صحة المجتمع بالصورة التي نعرفها اليوم هي إنتاج التغييرات والتحولات التي حدثت في حقل التمريض وحقل الصحة العامة وفي المجتمع ككل عبر السنوات الماضية. وفي هذا الفصل سنحاول بإيجاز إلقاء الضوء على المراحل التاريخية لتطور تمريض صحة المجتمع في العالم بشكل عام وفي عالمنا العربي بشكل خاص، ولكننا نود أن نلفت نظر القارئ إلى أن الدراسات التاريخية المنشورة عن تطور تمريض صحة المجتمع في عالمنا العربي شبه معدومة وذلك نظراً لكون هذا الاختصاص اختصاصاً جديداً في معظم الدول العربية.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سوف يكون القارئ قادراً على أن:

1 ـ يناقش العوامل التي حددت أسلوب ممارسة تمريض صحة المجتمع في الماضي والتي ما زالت تؤثر فيه اليوم؛

2 ـ يشرح التطور التاريخي لمزاولة تمريض صحة المجتمع عالمياً؛

3 ـ يسرد تطور تمريض صحة المجتمع في الوطن العربي من خلال بعض الأمثلة؛

4 ـ يحدد أهمية البحوث التاريخية التمريضية في فهم الماضي واستشراف المستقبل.

تاريخ تمريض صحة المجتمع عالمياً

إن دور الباحث التاريخي historical researcher الحقيقي هو ربط الماضي بالحاضر وذلك لاستشراف المستقبل والتعلم من الأخطاء السابقة أو البدايات الهزيلة.

إن معرفة الوقائع والعوامل الاجتماعية والسياسية التي حدثت في الماضي والتي تحدد الحاضر تجعلنا أكثر قدرة على تحديد العوامل التي من شأنها تعزيز وتحسين صحة المجتمع أو تقويضها.

والمعرفة التاريخية هذه تعطينا إحساساً أو شعوراً بالاتجاه أو المسار الذي يجب أن يخطو فيه تمريض صحة المجتمع لتحقيق أهدافه والتي تتلخص في تحسين صحة المجتمع.

يمكننا أن نحدّد تاريخ تطور صحة المجتمع على المستوى العالمي في ثلاث مراحل:

1 ـ مرحلة تمريض المناطق أو المقاطعات District Nursing Stage؛

2 ـ مرحلة تمريض الصحة العامة Public Health Nursing Stage؛

3 ـ مرحلة تمريض صحة المجتمع Community Health Nursing Stage.

والآن سنتطرق إلى أهم الوقائع التاريخية في كل مرحلة من مراحل تطور تمريض صحة المجتمع.

1ـ مرحلة تمريض المناطق أو المقاطعات (1860-1900) District Nursing Stage

بدأت خدمة التمريض في المنازل home nursing care بشكل منظّم كخدمة تطوعية موجّهة للفقراء من المرضى. وفي عام 1859 قامت فلورنس نايتنجل بمساعدة أحد كبار المحسنين الإنكليز (السيد وليام راثبون) بإنشاء أول جمعية لتمريض المناطق أو المقاطعات في إنكلترا، وقد تم تمويل هذه الجمعية من قبل المواطنين المتبرعين بالأعمال الإنسانية والخيرية. وجاء اقتناع السيد وليام راثبون بأهمية تمريض المنازل كنتيجة للرعاية الخاصة التي تلقتها زوجته عند مرضها في المنزل في مدينة ليفربول.

قامت جمعية تمريض المناطق بتوظيف ممرضات مدربات ووزعتهم حسب المناطق الجغرافية في إنكلترا وكانت كل ممرضة مسؤولة عن تلبية الاحتياجات الصحية للناس في المنطقة أو المقاطعة التابعة لها.

أما في الولايات المتحدة الأمريكية فكانت فرانسيس روت الرائدة في هذا المجال حيث بدأت الزيارات المنزلية home visits للمرضى من الفقراء والمحتاجين في مدينة نيويورك. وبعد ذلك مباشرة بدأت مدينة نيويورك بتوظيف أوائل الممرضات الزائرات visiting nurses في عام 1877، وأخذ تمريض المناطق district nursing ينتشر في المقاطعات الأمريكية.

وبدأ تمريض المناطق أو المقاطعات في الولايات المتحدة الأمريكية بتقديم الرعاية التمريضية للمرضى من الفقراء حيث كان المرضى المقتدرون يوظفون ممرضات للعناية بهم في المنزل.

آنذاك كان عمل ممرضات تمريض المقاطعات منصباً على تقديم الرعاية التمريضية للأفراد المرضى في المنزل كقياس درجة الحرارة والنبض وإعطاء العلاجات البسيطة بناء على التعليمات المباشرة للطبيب، وكذلك كن يقمن بإعطاء الإرشادات والنصح حول النظافة الشخصية والعادات المعيشية الصحية لأفراد الأسرة. ولكن برامج تعليم التمريض في ذلك الحين لم تكن تُعدّ الممرّضات للقيام بهذه الأدوار والمهام بشكل فعال.

والجدير بالذكر أن خدمات تمريض المناطق أو المقاطعات تأسست في بداية الأمر من قبل جمعيات تطوعية تديرها مجالس تقتصر عضويتها على المواطنين العاديين فقط، حتى أن الرعاية التمريضية كانت تحت إشراف أناس غير مؤهلين.

ولم تصبح هذه الخدمات تحت إشراف ممرّضات مؤهلات إلاّ في عام 1893، عندما أسست الممرضة ليليان والد خدمة تمريض المقاطعات في مدينة نيويورك وقامت بتقديم الرعاية التمريضية تحت إشراف ممرضات مؤهلات. وفيما بعد انضمت هذه الخدمة إدارياً إلى دائرة الصحة العامة التابعة للمدينة، وهي مؤسسة حكومية رسمية.

2 ـ مرحلة تمريض الصحة العامة Public Health Nursing Stage (1970-1900)

مع بداية القرن العشرين اتسعت دائرة اهتمام تمريض المقاطعات لتشمل صحة الناس عامة وليس الفقراء منهم فقط، وكان هذا الاتجاه الجديد جزءاً من الوعي العام لأهمية الصحة العامة والعوامل البيئية environmental factors في تحسين صحة الناس عامة.

ومع هذا التحول في الاتجاهات بدأت في الظهور مؤسسات صحية تطوعية voluntary health agensies تعنى برعاية الأطفال ومرضى السل والأمراض التناسلية. وأدى إنشاء هذا العيادات إلى زيادة الطلب على الممرضات للعمل فيها، كما ظهر الطلب على توظيف ممرضات في المصانع والمدارس. وقد عيّنت أول ممرضة للصحة المدرسية في مدينة نيويورك في عام 1910 من قبل مجلس التربية التابع للمدينة.

ومع انتشار الأوبئة والأمراض المعدية، بدأت الحكومة في الولايات المتحدة الأمريكية بسن القوانين والتشريعات legislations التي جعلت الصحة العامة لجماهير المواطنين من مسؤولية كل ولاية.

وفي هذه المرحلة تغير دور الممرضات من التركيز فقط على تمريض الأفراد المرضى في المنزل إلى الاهتمام بالأسرة ككل، وكذلك التأكيد على مفهوم الصحة وأهمية الحفاظ عليها إلى جانب تقديم الرعاية التمريضية للمرضى في المنازل.

ففي عشرينات القرن العشرين، انتقل تمريض الصحة العامة من دائرة المؤسسة الخاصة والتطوعية إلى المؤسسة الحكومية. وتم التركيز على الوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة والاهتمام بالأسرة لكونها النواة الأساسية لتقديم الرعاية الصحية والتمريضية.

ومع نهايات هذه المرحلة بدأت ممرضات صحة المجتمع بتأسيس وتوثيق علاقاتهن مع الهيئات والمؤسسات المجتمعية الأخرى كالمؤسسات الاجتماعية والبلديات.... إلخ، وذلك لمنع الازدواجية في تقديم الخدمة ولسد الفجوة بين الخدمات التمريضية والخدمات الأخرى. وفي هذه المرحلة بالذات قامت ممرضات الصحة العامة بتسجيل وتدوين الرعاية التمريضية التي كانوا يقدمونها للأفراد والأسر في المنازل والمدارس والمصانع ودور المسنين وغيرها.

3 ـ مرحلة تمريض صحة المجتمع (1970 ـ حتى الآن)
Community Health Nursing Stage

دعونا نحلل معاً العوامل التي أدت إلى ظهور تمريض صحة المجتمع.

من العوامل التي أدت إلى قيام ممرضات الصحة العامة بتقييم دورهن ظهور فئات عديدة من العاملين في المجالين الاجتماعي والصحي، كعاملي الخدمة الاجتماعية وإخصائيي تقديم المشورة والمثقفين الصحيين الذين بدءوا يؤدّون بعض المهام التي كانت في السابق من اختصاص ممرضات الصحة العامة فقط.

وفي نفس الفترة بدأت بعض ممرضات المستشفيات بمتابعة بعض الحالات المرضية في المنازل، كذلك حدثت تحولات في انظمة تقديم الرعاية الصحية في كثير من البلدان وارتفع مستوى التعليم في المجتمعات وظهرت الثورة المعلوماتية وحدث التقدم التكنولوجي الذي غيّر مستوى التعليم بين المجتمعات كما غيّر من أساليب تقديم الرعاية الصحية والتمريضية. بالإضافة إلى ذلك، تغيرت التركيبة السكانية التي أدت إلى ارتفاع متوسط العمر المأمول وأدت التحولات الاجتماعية والاقتصادية إلى تغيير أنماط الحياة، وظهور الكثير من الأمراض المزمنة، كما ازدادت توقعات أفراد المجتمع من الخدمات الصحية، وحصل تغيير في دور المرأة في المجتمع.

واستجابة لهذه التغيرات، تحول التركيز إلى تقديم الخدمات الصحية للفئات والمجموعات aggregates في المجتمع. ومع هذا التوجه ظهرت الحاجة إلى البرامج الصحية المجتمعية community based programs والاهتمام بالفئات المعرضة للخطر at risk groups. وبرز دور ممرضات صحة المجتمع في هذه البرامج، حيث اشتمل دورهن على تقديم الرعاية التمريضية الفردية والعمل في البرامج الصحية المجتمعية التي تهدف إلى تعزيز وتحسين الصحة من المهد إلى اللحد والتعاون مع بقية العاملين في المهن الصحية والاجتماعية الأخرى والتنسيق مع مختلف القطاعات التي لها دور في تعزيز صحة المجتمعات كالإسكان والمياه والتعليم والزراعة والمواصلات وغيرها. وتعمل ممرضات صحة المجتمع اليوم في المدارس والمصانع والمنازل ومجتمعات اللاجئين والمراكز الصحية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة ومع المسنين وفي مراكز الرعاية الصحية الأولية، وفي كثير من البرامج الصحية كبرنامج صحة الأم والطفل وصحة المراهقين والصحة النفسية وصحة المرأة، كما يعمل بعضهن لحسابهن الخاص في بعض الدول المتقدمة.

تاريخ تمريض صحة المجتمع في العالم العربي

كما ذكرنا سابقاً، ليست هناك دراسات تاريخية منشورة حول نشأة وتطور تمريض صحة المجتمع في وطننا العربي، ولكن يمكننا القول إن دور الممرضات في هذا الاختصاص كما نعرفه اليوم كانت بداياته مع عمل القابلات اللواتي كن يزرن النساء الحوامل في المنازل

لمتابعة حالتهن الصحية أثناء الحمل ومباشرة الولادة ومن ثم متابعة الأم ووليدها في فترة النفاس. وكان للقابلات دور مهم في كثير من البلدان العربية مثل مصر والسودان وبعض الدول العربية الأخرى.

ومع انتشار الأوبئة والأمراض المعدية وبدء برامج التطعيم في الثلاثينات والأربعينات، أصبح لممرضات صحة المجتمع دور بارز في حملات التطعيم التي كانت تقام في القرى والمدارس والتجمعات الريفية والحضرية في كثير من الدول العربية. وفي الخمسينات والستينات أثناء البدء في إنشاء مراكز رعاية الطفولة في كثير من الدول العربية بدعم من منظمة الصحة العالمية، شرعت ممرضات صحة المجتمع بأداء دور رئيسي في هذه المراكز وخاصة في المناطق النائية من خلال القيام بالزيارات المنزلية للأسرة وتقديم النصح والإرشادات الصحية حول النظافة الشخصية ونظافة البيئة وكيفية العناية بالأطفال والأمهات الحوامل والمعوقين والمرضى وكبار السن. كما برز دور ممرّضي صحة المجتمع في برنامج الصحة المدرسية والقيام بالفحوصات الدورية للأطفال مع الأطباء والقيام بحملات التطعيم في الأماكن التي يجتمع فيها الناس.

وسنستعرض فيما يلي مثالاً على تطور تمريض صحة المجتمع في كل من مصر والبحرين.

مصر

أنشأت مصر عام 1927 قسماً خاصاً لرعاية الطفولة والأمومة ووضعت تحت إشرافه مراكز رعاية الطفولة والأمومة الموجودة في جميع أنحاء الدولة، وحددت الأهداف كما يلي:

1 ـ رعاية وعلاج أمراض الوراثة والنسل؛

2 ـ رعاية الأطفال وتقليل نسبة الوفيات فيهم؛

3 ـ متابعة القابلة للحامل في مكان تكون فيه، والتأكد من حضورها للمركز لرعايتها طول مدة الحمل؛

4 ـ رعاية الأم وطفلها بعد الولادة وتزويدها بالتوجيهات اللازمة للعناية بنفسها وبالوليد وذلك في المنزل؛

5 ـ توعية الأم في المركز حول:

- ـ تغذية الطفل؛
- ـ استحمام الطفل؛
- ـ وقاية الطفل من الأمراض المعدية؛

6 ـ تطعيم الأطفال بالأمصال المختلفة للوقاية من الأمراض.

وكلفت القابلات بهذه الأعمال دون إعداد مسبق في ميدان تمريض الصحة العامة، إذ

كن يدرسن التمريض في مدرسة التمريض لمدة ثلاث سنوات ثم يُعيَّن قابلات بعد حصولهن على شهادة قابلة بعد دراسة عام كامل.

وفي عام 1937 بدأت دراسة تمريض الصحة العامة في مدرسة التمريض بكلية الطب بالقصر العيني لمدة سنة وذلك بالإضافة إلى شهادة التمريض العام وشهادة التوليد.

تمريض الصحة المدرسية School Health Nursing

أنشأت وزارة المعارف (وزارة التربية والتعليم) في عام 1946 مدرسة الزائرات الصحيات في الإسكندرية، ثم في القاهرة، وذلك لشدة حاجة مدارسها إلى ممرضات الصحة المدرسية، خاصة وإن الممرضات عامة لا يُقبلن على العمل بالمدارس لحرمانهن من الامتيازات التي يتمتعن بها عند عملهن في وزارة الصحة.

ووضع برنامج مدرسة الزائرات الصحيات، على أن يقبل بها الحاصلات على الشهادة الإعدادية، ويقضين بها عامين دراسيين تحت إشراف الصحة المدرسية، على أن يعملن عند تخرجهن بالمدارس (خريجات هذه المدرسة ممنوعات من العمل في أي مستشفى لعدم حصولهن على شهادة التمريض العام مسبقاً).

ملاحظة: كانت إدارة الصحة المدرسية في ذلك الوقت تابعة لوزارة المعارف.

تمريض الصحة الريفية Rural Health Nursing

في أوائل الأربعينات من هذا القرن أنشأت مصر عدداً من الوحدات الريفية لتقديم خدمات الصحة العامة للريفيين في مواقعهم وتوعيتهم في الشؤون الصحية والاجتماعية. وقد روعي في هذه الوحدات أن لا تكون مراكز علاجية فقط بل وقائية أيضاً، ومصدراً حضارياً للريف المصري. وقد كانت هذه العملية تجربة رائدة في البلاد العربية جميعاً ونجحت إلى حد كبير.

البحرين

تم في البحرين استحداث برامج الصحة الوقائية لمكافحة الملاريا والتطعيم ضد الجدري في نهاية ثلاثينات القرن العشرين، وشاركت الممرضات في حملات التطعيم هذه بشكل فعال، كما بدأت القابلات في برنامج الزيارات المنزلية للأمهات الحوامل. وفي عام 1941 بدأت أول ممرضة بحرينية تدعى (فاطمة الزياني) بالقيام بالزيارات المنزلية للأسرة وتقديم النصح والإرشادات حول أهمية النظافة والعادات الصحية السليمة ومتابعة الأمهات الحوامل. وكانت هذه السيدة قد تخرجت من مدرسة التمريض في بغداد، وكانت أيضاً أول امرأة بحرينية تحصل على رخصة لقيادة السيارة وذلك لحاجتها للسيارة للقيام بالزيارات المنزلية للمرضى وأسرهم.

وفي بداية الخمسينات تم استحداث قسم الصحة الوقائية وبرنامج رعاية الطفولة. وفي سنة 1970، بعثت الدولة أول دفعة للاختصاص في تمريض صحة المجتمع إلى كل من مصر ولبنان. وفي عام 1983 تم افتتاح برنامج تمريض صحة المجتمع في كلية العلوم الصحية. وهذا البرنامج يقبل خريجي برنامج التمريض العام بعد الثانوية العامة ومدة الدراسة فيه سنة واحدة يحصل الطالب فيها على دبلوم عالٍ في تمريض صحة المجتمع. ولقد لعب البرنامج دوراً مهماً في إعداد ممرضات صحة المجتمع لتلبية احتياجات البحرين من هذا التخصص.

لقد كان للحضارة الإسلامية دور كبير في تأهيل مفهوم الصحة في الدول العربية من خلال تعاليم الدين الإسلامي التي أكدت على أهمية النظافة الشخصية والتطيب ومنع أكل الخنزير والتوازن والاعتدال في كل أوجه العيش والحياة. وفي جميع العصور والأزمان وعبر جميع الحضارات كانت العناية الصحية من مسؤولية المرأة في المنزل ولذا كان للمرأة دور رئيسي في تطور تمريض صحة المجتمع عبر السنوات الماضية.

ومن خلال ما عرضناه في هذا الفصل نستنتج أن اختصاص تمريض صحة المجتمع انبثق كاستجابة للقوى والعوامل الاجتماعية والسياسية والبيئية التي كانت تهدد المجتمع قبل قرن.

وقد رأت الأجيال السابقة من ممرضات الصحة العامة، كما كنّ يسمّوْن، الحاجة للبرامج الصحية المجتمعية community- based programs التي تربط عمل دوائر الصحة العامة Public Health Departments لتلبية احتياجات الفئات المعرضة للخطر At Risk Groups في المجتمع.

لقد كان لممرضات الصحة العامة دور قيادي في تغيير السياسات الصحية health policies التي ساهمت في ظهور خدمات رعاية الطفولة والأمومة والصحة المدرسية وجلب خدمات السلامة لأماكن العمل والخدمات التمريضية للأسر والمجتمعات في أماكن تواجدهم.

أسئلة ونشاطات

نشاط رقم (1)

فكّر لمدة عشر دقائق وحاول أن تحدد العوامل التي أدت إلى ظهور تمريض صحة المجتمع والتحول من تمريض الصحة العامة إلى تمريض صحة المجتمع.

نشاط رقم (2)

قارن بين المراحل الثلاث للتطور التاريخي لتمريض صحة المجتمع والتي حددناها سابقاً، واذكر التحولات التي حدثت في كل مرحلة حسب الجدول التالي:

المراحل	الفئات المجتمعية المستهدفة	الرعاية التمريضية موجهة إلى:	هدف الخدمات المقدمة	نظام تقديم الخدمة
تمريض المناطق أو المقاطعات (1900-1860)				
تمريض الصحة العامة (1970-1900)				
تمريض صحة المجتمع (1970 ـ حتى الآن)				

نشاط رقم (3)

أ ـ حاول أن تقوم بعمل بحث تاريخي historical research أو دراسة تاريخية وصفية عن تاريخ تمريض صحة المجتمع في بلدك مع زملائك في الفصل، وذلك من خلال مراجعة الوثائق التسجيلية في وزارة الصحة وفي إدارة التمريض بالوزارة ومعاهد التمريض وكذلك إجراء مقابلات مع بعض الشخصيات التمريضية التي لديها اهتمام بتاريخ التمريض وتمريض صحة المجتمع، ثم بالإجابة عن الأسئلة التالية:

1 ـ كيف كانت بدايات تمريض صحة المجتمع في بلدك؟

2 ـ من هي أول ممرضة صحة مجتمع في بلدك؟

3 ـ في أي عام بدأ يبرز دور ممرضات صحة المجتمع في بلدك؟

4 ـ ما هي المهام التي كانت تقوم بها ممرضات صحة المجتمع في بلدك منذ البداية حتى عام 1970؟

5 ـ هل هناك برنامج تخصصي لإعداد ممرضات صحة المجتمع في بلدك؟ إذا كانت الإجابة بنعم، متى بدأ البرنامج وما هي مدته وما هو دور الخريجين من البرنامج؟

6 ـ ما هو دور ممرضات صحة المجتمع في بلدك في الوقت الحاضر؟

7 ـ حدد العوامل التي أثرت في إسراع أو إبطاء تطور تمريض صحة المجتمع في بلدك.

8 ـ ما هي نظرة المجتمع في بلدك لدور ممرّض صحة المجتمع؟

ب ـ أكتب النتائج التي توصلت إليها على شكل تقرير بحثي وقم بعرضه؟

مراجع للاستزادة

(1) Spradley, B.W., Community Health Nursing- Concepts and Practice, 2nd ed. Little Brown and Company, Boston.

(2) Clark, M.J. (1996) Nursing in the Community, 2 2d - edition. Appleton & Lange, Connecticut, USA.

(3) Christy, T. (1975). The Methodology of Historical Research: A Brief Introduction, Nursing Research, 24 (3), 189-192.

(4) المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون لدول الخليج (1996)، واقع مهنة التمريض والتصورات المستقبلية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، الرياض.

(5) Sefier, F. (1977). Contemporary American Leaders in Nursing: An Oral history. New York: McGraw Hill:

(6) سعاد حسين حسن (1980) تمريض صحة المجتمع (تمريض الصحة العامة)، الطبعة الأولى: دار القلم، الكويت.

الفصل الثالث

الأدوار الأساسية لممرّض صحة المجتمع

يعمل ممرّض صحة المجتمع في تنفيذ العديد من المسئوليات من خلال وظيفة واحدة تشمل في مضمونها المرشد، والمدافع، والمستشار، والباحث والمتابع للحالات. وهو المنسق والمنظم بين صاحب الطلب ومقدم الخدمة، وهو المثقف والعامل المغيّر في المجتمع وفي نفس الوقت هو مقدم الرعاية التمريضية لمن يحتاجها. ولما كان دور ممرّض صحة المجتمع أساسي ومهم فإن هذا يستوجب رفع طاقاته وإمكاناته للقيام بجميع هذه الأدوار التي تحتاج إلى قدرات مميزة على استيعاب ومعرفة المشاكل الصحية، وتحليلها وطرح البدائل والأفكار المناسبة، والقدرة على اتخاذ القرار في تحديد الحل المناسب لها.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سوف يكون القارىء قادراً على أن:

1 ـ يفرق بين مختلف أدوار ممرّض الصحة؛

2 ـ يناقش مضمون وكيفية مزاولة كل دور من الأدوار المطلوبة من ممرض صحة المجتمع؛

3 ـ يشرح أهمية كل دور فيما يتعلق بأفراد المجتمع ككل أو المجموعة المستهدفة التي يخدمها ذلك الدور.

دور ممرّض صحة المجتمع: المشاور الناصح المرشد Advisor

تمثل العلاقة بين ممرّض صحة المجتمع والمستفيد بمضمونها ما بين المعلم والمنسق ـ وبين المرشد والناصح سواء على مستوى الفرد أو الأسرة بحكم طبيعة عمله ولما لديه من خبرة في مجال العمل الصحي بشكل عام والتمريض بشكل خاص. وهذا يجعل الكثير من أفراد المجتمع يتواصلون معه رغبة في الحصول على الإرشادات لمساعدتهم بما لديه من معلومات وخبرة. لهذا على ممرّض صحة المجتمع أن يكون بمستوى هذه الثقة ولديه الرغبة في مساعدة الغير. ويلاحظ في بعض المجتمعات المتحفظة خاصة عدم وجود رغبة

في طرح المشكلات الصحية حيث تكون مثل هذه المشاكل بمثابة أسرار شخصية، وما من أحد يستطيع الاطلاع عليها في حين أنه بإمكان ممرّض صحة المجتمع أن يقوم بذلك الدور.

وفي وقتنا الحالي تسعى الهيئات الصحية إلى تشجيع ممرّض صحة المجتمع على إثبات وجوده من خلال مزاولة عمله مع أفراد مجتمعه ومن خلال ما لديه من معرفة وثقة بالنفس ليؤدي هذا الدور بجدارة. ولكي يقوم ممرض صحة المجتمع بدوره بشكل فاعل ومتكامل يجب عليه:

1 ـ الارتقاء بمستوى التعليم والطموح للحصول على مستوى عالٍ في مجال التمريض والعلوم الاجتماعية؛

2 ـ العمل على زيادة وتطوير معلوماته بشكل مستمر؛

3 ـ تطبيق الأساليب الحديثة في طرق الاتصال مع أفراد المجتمع؛

4 ـ معرفة كيفية التعامل مع المشاكل التي يعاني منها المجتمع وأفراده وتنمية قدراته في تقديم الإرشاد اللازم والمناسب لما يطرح عليه من مشاكل أو عقبات؛

5 ـ الاهتمام بصاحب المشكلة والإصغاء إليه واحترام أفكاره؛

6 ـ المحافظة على سرية المعلومات والبيانات التي تخص صاحب المشكلة؛

7 ـ متابعة الموضوع المطروح وإبلاغ صاحب الشأن بما يستجد من تطورات أولاً بأول لحين التغلب على المشكلة.

ويتطلب من ممرض صحة المجتمع أن يتعرف على الهيئات والمؤسسات الصحية والاجتماعية وجميع المصادر التي يمكن للشخص التعامل معها والتي يمكنها مساعدته في حل المشاكل التي تؤثر على صحته وسلوكياته والتعرف على مواعيد عملها ومواقعها لإرشاد الشخص بشكل صحيح إلى الجهة المعنية لطلب المساعدة.

ويجب الحذر عند إسداء النصح والإرشاد للأفراد ـ في تزويد المعلومة الصحيحة ـ وفي حال عدم المعرفة بأي أمر كان يجب الاعتذار للشخص المعني بعدم معرفة ذلك ـ إذ إن أي معلومة خاطئة سوف تفقد الثقة بين الطرفين.

دور ممرّض صحة المجتمع: المساند والمؤيد والمبشِّر والداعية والمدافع Client Advocator

يلعب ممرّض صحة المجتمع دور المساند المؤيد والمبشِّر الداعية والمدافع عن المستفيد تجاه الجهة التي تقدم الخدمة، وكثيراً ما يكون ذلك الدور وليد الحدث، أو قد يكون بشكل وظيفة يقوم بها الممرّض. والدفاع هنا يتضمن القيام بعمل معروف من قبل الممرض نيابة عن شخص آخر بغرض الحصول على التغيير اللازم والمطلوب من الجهة الأخرى. وتتضمن عملية الدفاع تعزيز ما هو أفضل للمستفيد من الخدمة أو المؤسسة ذاتها. ويعتقد

البعض من أفراد المجتمع أنه لا يحتاج لمدافع لأخذ حقه، ولكن الكثير منهم يعتقد بأن الممرض هو الشخص الأنسب ليكون المدافع عن حقوقهم ومساعدتهم وذلك بحكم عمله ولقربه من المريض وتفهمه لمطالبه بشكل دقيق وقدرته على إبراز وجهة نظره كما هي دون إضافة أو نقصان.

واجبات الممرّض المؤيد المبشر الداعية المدافع

1 ـ إبلاغ المستفيد عن حقوقه في الأحداث والمواضيع المعنية، والتأكد من أن لديه جميع المعلومات الضرورية ليكون متفهماً للقرار؛

2 ـ مساعدة المستفيد في اتخاذ قراراته وأن يقبل ويحترم حقوقه وأن يساند تلك القرارات أو أي فكرة يفضلها المستفيد لصالحه؛

3 ـ عدم فرض أي قرار على المستفيد، بل على المستفيد أن يتخذ قراراته بنفسه ويمكن للممرض المدافع أن يساعده إذا لزم ذلك وأن يرفع هذه القرارات كما هي للجهة المعنية.

للحفاظ على حقوق المستفيد يجب مراعاة ما يلي:

- للمستفيد الحق في الخيارات التي يراها ضرورية؛
- للمستفيد الحق في اختيار وممارسة الحكم على مجمل الفعل الذي يحقق النتيجة المطلوبة؛
- للمستفيد الحق في قبول الأساليب والطرق التي تسبب له الراحة والفائدة.

المواصفات المطلوبة في المؤيد المبشّر الداعية المدافع:

1 ـ أن تكون له المقدرة على سرعة فهم واستيعاب الصورة الكاملة للموضوع؛

2 ـ معرفة ماذا يريد المستفيد بوضوح ـ إذ قد يكون الشخص قد وافق على شيء ما تحت ظروف أو ضغوط خارجة عن إرادته؛

3 ـ أن يحافظ على التوازن بين ما يحتاجه المستفيد كضرورة ملحة أو كحق مكتسب؛

4 ـ أن يكون دبلوماسياً ولديه مهارات مميزة في الاتصال والتواصل؛

5 ـ فهم وترجمة العلاقات المهنية والشخصية بين الأفراد وعائلاتهم فيما يتعلق بالمهنة والمعايير الحكومية والقوانين.

دور ممرّض صحة المجتمع: المستشار Counceller

تشكل الاستشارة جزءاً هامّاً من عمل ممرّض صحة المجتمع، فهي تمثل التواصل بين مقدّم الخدمة والمستفيد. وليس من المهمّ فقط أن يلعب الممرّض دور المستشار، وإنما المهم الاستمرار في هذا الدور مع من منحوه ثقتهم من أفراد المجتمع.

ما المطلوب حتى تصبح مستشاراً؟

1 ـ التعرف على الحدود التي يمكن الخوض فيها ـ وما هي الأمور التي يجب تحاشيها؛

2 ـ تحديد الاتجاه العام للموضوع وأن يعمل ممرّض صحة المجتمع للتخلص من المشاعر السلبية حتى يكون ناتج الاستشارة ذا فاعلية وإيجابية وغير منحاز؛

3 ـ جمع المعلومات الخاصة عن الموضوع المعني وتقييمها للتعرّف على الحقائق وتحديد الإطار العام للموضوع المطروح؛

4 ـ التعامل مع الحدث بأسلوب واضح وتحليلي للتمكن من إيجاد البدائل المناسبة التي تساعد على التقليل من الظاهرة أو المشكلة أو التخلص منها إذا كانت في حدود مسئوليات ممرّض صحة المجتمع؛

5 ـ إذا كان الموضوع خارج نطاق مسئولية الممرّض أو قدراته، يجب أن يقدم النصح لصاحب الحاجة ويدلّه على الجهات المتخصصة المعنية كل فيما يخصه للتعامل مع الموضوع وإيجاد الطرق المثلى لمعالجته؛

6 ـ أن يكون ممرّض صحة المجتمع على درجة من العلم وسعة الاطلاع، ويعايش الوضع العام للمجتمع ويعرف ما يدور به من مشاكل وأمور.

التطبيق العملي للعملية الاستشارية

يمكن اتباع الخطوات التالية حتى يُضمن نجاح الاستشارة:

1 ـ اختيار المكان الصالح للمناقشة، على أن يكون هادئاً ومناسباً للطرفين؛

2 ـ على ممرّض صحة المجتمع أن يمنح الفرصة للمستفيد ليطرح الموضوع أو المشكلة ومسبباتها وعليه الإصغاء إليه بتركيز واهتمام؛

3 ـ عندما يجد الشخص صعوبة في التعبير أو يتحرّج من الإفصاح عما يجول في نفسه، على ممرض صحة المجتمع أن يحاول طرح بعض الأسئلة بهدوء وأن تكون ذات معنى في صميم الموضوع لتشجيع الشخص المعني على الاسترسال في الإجابة؛

4 ـ يجب التركيز على النقاط المهمة وتدوينها؛

5 ـ على الممرض أن يكون هادئاً وصبوراً، وأن يبدي الاهتمام لطالب الاستشارة؛

6 ـ يجب التأكيد للمستفيد بأن ما يتم طرحه ومناقشته سيكون محصوراً بين الطرفين فقط وسيحاط بالسرية التامة لكي يطمئن؛

7 ـ الامتناع عن إعطاء الاستشارة في بعض الأمور الطبية البحتة أو الأمور القانونية. مثلاً على ممرض صحة المجتمع أن يتحاشى منح النصائح الشخصية للمعني نظراً لحساسية الأمر. وما يجب عمله فقط هو منح المشورة لصاحب الشأن بأن يرجع بأمره للأطباء أو... الخ، دون ذكر اسم بالذات أو ترشيح أسماء لاستشارتها مباشرة وحتى لا يؤثر ذلك على سير عمل الممرض أو تأخير مسؤولياته الاخرى؛

8 ـ يجب أن يكون الوقت المحدد للاستشارة كافياً، ولا يجب الإسهاب في الطرح والنقاش إذ إن طول الوقت غير مفضل إطلاقاً لكي لا يفقد الموضوع أهميته؛

9 ـ في نهاية المدة الخاصة للاستشارة يفضل إبلاغ صاحب الشأن بأنه سيكون على اتصال مستمر به لمعرفة مدى فاعلية الحل الذي تم التوصل إليه.

دور ممرّض صحة المجتمع: الباحث Researcher

تعتبر البحوث والدراسات وسيلة لحل الكثير من المشاكل والصعوبات في مجال العمل، سواء النواحي التطبيقية العملية أو النواحي الإدارية. ويعتبر مجال العناية التمريضية من المجالات الغنية بالمواضيع البحثية إذ إن البحوث التي هي مورد أساسي للمعلومات ونتائجها تكون إما حلا لعقبة أو صعوبة، أو إضافة شيء جديد أو تصحيح. وهناك مواضيع كثيرة للبحوث خاصة وأن المجال الصحي/التمريضي يشمل النواحي السياسية والأيديولوجية لأي مجتمع ويحتاج هذا لتطبيق النظريات والأساليب الخاصة بطرق البحث العلمي. وندرج هنا بعض المواضيع البحثية كأمثلة:

- في أي من مستوى الخدمات الصحية يمكن استخدام أفراد التمريض بشكل أكبر؟
- ما هي العوائق التي تواجه الخدمات التمريضية، هل هي التكلفة المالية؟
- هل هناك سوء استخدام في الخدمات الصحية من قبل المستفيدين؟
- هل العناية التمريضية المتوفرة وافية أم تحتاج للمساندة أو التغير؟
- ما هي التأثيرات الثقافية التي تنعكس على صحة الفرد؟
- تحت أي ظرف نستطيع القول إن التكلفة توازي الخدمة في المجال الصحي؟

بالإضافة إلى ذلك، هناك مواضيع كثيرة يمكن لممرّض صحة المجتمع أن يعمل من خلالها في مجال البحوث.

تمنح استخدامات نتائج البحوث قاعدة صلبة للعمل الذي يقوم به أي شخص في أي موقع عمل، فهي تربط بين منشأ المعلومة والنظام المتبع في الاستخدام.

وعلى الممرض الباحث أن يصمم وينفذ الدراسات بالأسلوب العلمي للحصول على المعلومات اللازمة وأن يعمل على نشر نتائج البحوث واستخداماتها في مجال التطبيق. لذلك يتطلب أن تكتب البحوث على شكل تقارير أو تتم مناقشتها خلال اللقاءات الفردية أو الجماعية أو بشكل أوسع عبر الإذاعة والتلفزيون. كما يمكن أن تكتب على شكل كتيّبات توزع لتعميم الفائدة. وهنا يتطلب من ممرّض صحة المجتمع أن يزيد من الأعمال البحثية التي تؤدي إلى رفع إنتاجية فريق العمل والمجتمع ككل.

دور ممرّض صحة المجتمع: المتابعة والتحويل Follow up and Referal

إن أساس عمل ممرّض صحة المجتمع هو رعاية المرضى وتتبّع حالاتهم بشكل مستمر، سواء ممن يتلقون الرعاية المباشرة من قبله أو ممن سبق إدخالهم المستشفيات ويحتاجون لمتابعة حالتهم الصحية والتطورات التي تطرأ عليها بعد الخروج من المستشفى. والممرض هنا يعتبر حلقة الوصل بين المؤسسات الصحية المختلفة والمريض، إذ إن دوره يتبلور في أخذ المعلومة والإرشاد اللازم من قبل الفريق الصحي المعالج وشرحها للمريض أو طالب الخدمة سواء في المنزل أو المدرسة أو المصنع أو أي موقع آخر في المجتمع. لذا فإن موضوع المتابعة والتحويل يحتاج لممرض على مستوى جيد من العلم والمقدرة ومؤمن بمسئوليات هذا العمل.

فالمتابعة تعني تقصّي حالة الشخص ومعرفة ما يحصل من تقدم في حالته الصحية أو تأخرها وما مدى تقبله للعلاجات سواء كانت أدوية أو علاجات أخرى. وعلى أساس ذلك تتم عملية التحويل حيث يكون لممرّض صحة المجتمع الحق في استخدام النموذج الخاص بذلك وإرساله للجهة المعنية التي تستطيع خدمة المريض.

المتابعة Follow Up

إن المتابعة هي عملية مستمرة يمكن أن تكون لحالات تتلقى النصح والإرشاد من قبل ممرّض صحة المجتمع أو تكون الحالات خارج المستشفى وتتلقّى المعالجة في المنزل وتحتاج لهذه المتابعة سواء كان مرضاً عضوياً أو نفسياً أو كان المريض قد أجرى عملية جراحية ويحتاج للغيار والمتابعة. وتخدم عملية المتابعة المستفيد والجهة المقدّمة للخدمة، إذ إن من سيعمل على معالجة المريض في حال التحويل سوف يتعرف إلى حالته من خلال سجل المتابعة التي يجب على ممرض صحة المجتمع الاهتمام به وتدوين جميع التطورات عن حالته.

والفائدة العائدة على المستفيد هو أن هناك من يتتبع حالته ويتلقى النصح والإرشاد أولاً بأول بالإضافة إلى أنه في حال تعرضه لأي خطورة سوف يحول للجهة المعنية مباشرة وهذا سوف يقلل من إصابته بالمضاعفات والمعاناة.

وعادة تمنح المعلومات الوافية عن حالة المريض خلال تواجده في المستشفى وعن مراحل العلاجات التي مر بها، وكذلك ما هو مطلوب من عناية ضرورية بعد خروجه من المستشفى، كما تحدد مواعيد المراجعة للمستفيد مع الفريق المعالج. وتكمن مسئولية ممرض صحة المجتمع في التنسيق مع الجهات المعنية منعاً لازدواجية العمل وللتأكّد في نفس الوقت من أن المطلوب قد تم تنفيذه.

التحويل Referal

تتم عملية التحويل عندما تستدعي حالة الشخص استشارة علاجية أو وقائية خارجة عن

نطاق مسئوليات ممرّض صحة المجتمع، أو لأخذ رأي لآخر من جهات مختصة أخرى تستطيع منحه العلاج أو الاستشارة اللازمة.

ومجالات التحويل كثيرة ومتعددة، مثل المستشفيات العامة أو المستشفيات التخصّصية أو العيادات وغيرها... لذا يجب على ممرّض صحة المجتمع أو يكون ملمّاً بالمعلومات اللازمة والأكيدة لهذه العملية وأن يشرح للشخص المعني ما الذي يجب اتباعه وأن يمنحه ما يستدل به على الجهة المحوّل إليها بالإضافة إلى إبلاغ الجهة المعنية لتحديد موعد له.

ويجب على ممرّض صحة المجتمع أن يلم بما يلي:

- ما هي المؤسسات الصحية الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية؛
- مواقع تلك المؤسسات وعناوينها وأرقام هواتفها؛
- مواعيد العمل لكل منها والخدمات التي تؤديها والمختصين العاملين فيها؛
- القيمة المالية التي يجب دفعها من قبل الشخص للمؤسسة بناء على نوعية الطلب؛
- التعليمات اللازمة من قبل المؤسسات الصحية بشتى أنواعها والنظم الواجب اتباعها في حال التحويل واستخدام النماذج المتعارف عليها من قبل الطرفين (ممرض صحة المجتمع ـ والمؤسسة المعنية).

المعلومات اللازم توافرها عن الحالة في حال تم التحويل إلى جهات أخرى

- المعلومات الشخصية الخاصة بالشخص؛
- العنوان ورقم الهاتف؛
- شكوى الشخص وتاريخ بدايتها والحالة العامة الحالية؛
- ما الإجراء الذي تم اتخاذه من قبل ممرّض صحة المجتمع أو من أي جهة أخرى؛
- ما هو المطلوب من قبل الجهة المحوّل إليها أو من قبل الشخص عند الحضور؛
- الموعد الذي تم تحديده مع الجهة المعنية ـ (اليوم والساعة)؛
- توقيع ممرّض صحة المجتمع وتاريخ التحويل.

كما ترفق جميع الأوراق الرسمية مع نموذج التحويل.

دور ممرّض صحة المجتمع: المنسق Co-ordinator

يعمل ممرّض صحة المجتمع كمنسق بين ما يقوم به من عمل وبقية أعمال الفريق الصحي. وهو يهدف في النهاية إلى إنجاز العمل بشكل متكامل سواء على مستوى الفرد أو المجتمع. ويتوزّع أعضاء الفريق الصحي المسئولية والصلاحيات فيما بينهم، كل حسب

اختصاصه، بأسلوب سلس ومفهوم حيث يأتي العمل لمستحقيه في الوقت والمكان المناسبين.

ولتنسيق عمل الممرّض مع بقية أفراد الفريق يحتاج إلى تنظيم حتى يمكن الوصول للهدف المطلوب. لذلك على ممرّض صحة المجتمع أن يضع في اعتباره بعض الأسئلة التي من خلالها تتم عملية تنظيم وتنسيق الأعمال التي يقوم بها شخصياً ومدى فاعليتها بين بقية الأعمال التي تخص أعضاء الفريق الآخرين. وهذه الأسئلة نلخصها كالتالي:- (إذ إن الإجابة عنها تأتي من خلال العمل أو النشاطات التي ستؤدى للمستفيدين)

أمثلة

لماذا؟	لماذا هذا العمل؟ هذا السؤال يحدد الهدف.
أين؟	أين سيكون هذا العمل من حيث الموقع أو المكان؟
متى؟	متى يتم تنفيذ هذا العمل من حيث الوقت والمدة؟
ماذا؟	ماذا سيتم تحقيقه من هذا العمل؟
كيف؟	كيف لهذا العمل أن يتحقق، ما هي الطرق والأساليب التي ستتبع لإنجازه؟ وما هي الأدوات المستخدمة؟
من هو؟	وهذا يمكن أن يكون على النحو التالي:
	من هو المستفيد من هذا العمل؟
	من الذي سيشارك أو ينفّذ العمل؟
	من هو قائد هذا العمل؟

وإذا استطاع ممرّض صحة المجتمع أن يجيب عن هذه الأسئلة ويضعها بشكل خطة منظمة منسقة، فإنه سيصل في عمله إلى الهدف المطلوب وسيكون اتصاله بأفراد المجتمع على درجة من الوعي والثقة في تأدية دوره.

وتهدف جميع خطوات التنسيق إلى حثّ أفراد المجتمع على تعزيز ورعاية صحتهم خاصة فيما يتعلق بالنواحي الوقائية والتغذوية، وأن يكون استخدامهم للخدمات الصحية فعالاً إلى جانب التركيز على بعض مجموعات أفراد المجتمع الذين يكونون عرضة لخطر ما at risk group. ويمكن الاستدلال على هذه المجموعات من خلال التنسيق بين أعضاء الفريق الصحي في المجتمع، لتحديد المجموعات التي تكون عرضة للخطر، على سبيل المثال الأمهات الحوامل، الأطفال، المعوقين، كبار السن، مرضى الأمراض المزمنة مثل السكري والقلب... الخ.

مثال: في حالة ضرورة العمل على تغيير سلوكيات مجموعة من الأطفال أو المراهقين، يحتاج الأمر إلى استراتيجية تتضافر من خلالها جهود فرقاء عدّة تعمل على تنفيذ هذه الاستراتيجية، مثل الوالدين والمدرّسين، وممرض صحة المجتمع، والباحث الاجتماعي،

بالإضافة إلى تخصصات أخرى أحياناً، حيث يعمل الجميع للتوصل إلى الهدف المرجو. وينطبق الأمر أيضاً على الحملات التي تقام بهدف تعزيز الصحة والمحافظة عليها، مثل عمليات المسح بهدف التشخيص المبكر لسرطان الثدي أو حملات التطعيم التي تحمي الأفراد من الإصابة بالأمراض.

وعليه يكون دور ممرض صحة المجتمع عاملاً مساعداً في التنسيق بين أفراد المجتمع أو المجموعة المعرضة للخطر وبين الأطباء في المراكز الصحية أو الأخصائيين في المستشفيات المختلفة وغيرهم من أفراد الفريق، إذ يتم تنظيم الزيارات والاستشارات وغيرها من أمور تدور حول المواضيع الصحية والاجتماعية التي تخص المستفيدين.

دور ممرّض صحة المجتمع

المُثقِّف الصحي Health Educator

التثقيف الصحي هو جزء مهم وأساسي من أعمال ممرّض صحة المجتمع، وهو دور مستمر سواء تم ذلك في المراكز الصحية أو العيادات أو المنازل. ويتطلب من الممرض أن يكون على درجة كبيرة من العلم في الموضوع الذي يتطرق إليه سواء كان يخصّ مجموعة معينة أو يخصّ المجتمع ككل، ومن ثم زيادة معلوماته بشكل مستمر بما يتماشى مع التطورات التي تحدث في المجال الصحي والاجتماعي. كذلك يتطلّب من الممرض أن يكون ملمّاً في استخدامات الوسائل والنماذج التطبيقية لتسهيل وصول المعلومات للأفراد المعنيين. وسنعرض عملية التثقيف الصحي بالتفصيل في الفصل الخامس من الوحدة الثانية.

المجالات التي يمكن لممرّض صحة المجتمع أن يشارك فيها كمثقف صحي

- برامج الصحة في المؤسسات التعليمية بمختلف مراحلها؛
- برامج تخصّ بعض الأمراض المزمنة والمتوطّنة في المجتمع؛
- برامج تخص أساليب ونظماً صحية مستحدثة أو هدفها التركيز على ما هو قائم لضمان العمل بها من قبل الأفراد؛
- برامج صحية وقائية لأفراد المجتمع ككل؛
- برامج صحية تخص فئات معينة من أفراد المجتمع، مثل الأمهات والحوامل والشباب ومرضى الأمراض المزمنة.

دور ممرض صحة المجتمع: عامل تغيير Change Agent

يلعب ممرّض صحة المجتمع دوراً كبيراً في عملية التغيير بالمجتمع، خاصة فيما يتعلق

بالسلوك الصحي للفرد. ويمكن تعريف مصطلح «عامل تغيير» بأنه الشخص أو مجموعة الأشخاص التي أخذت على عاتقها مسئولية التغيير للوضع الراهن في سلوكيات أفراد آخرين أو نظام اجتماعي، والعامل المغير هو الذي يجعل ذلك التغير يحدث بالفعل.

هناك أمثلة كثيرة نذكر منها بعض المؤسسات الخيرية أو التطوعية التي لها دور كبير كعامل مغيّر في كثير من المجتمعات وكثير من الأفراد. وتعتبر عملية التغيير مهمة للمجتمع خاصة في طرح مواضيع تخدم أغراضاً ذات فائدة سواء كانت لتطبيق أمور جديدة أو لتصحيح بعض ما هو قائم من أمور.

وللقيام بدور العامل المغير يجب أن يؤخذ السلوك الإنساني في الاعتبار، بمعنى أن تتوفر لدى ممرّض صحة المجتمع المعلومات الخاصة بالسلوكيات بشكل واضح، ويكون قادراً على التمييز في مدى ارتباط هذا السلوك بالمشكلة الصحية، وهل لسلوك الفرد تأثير مباشر أو غير مباشر، وأن يستطيع تقييم الوضع بحيث يستطيع تقدير متى يكون ذلك السلوك أقل أهمية بالنسبة للمشكلة المطروحة. وهنا نأتي إلى سؤال آخر وهو، كيف تتم عملية تغيير السلوك المؤدي لمشكلة صحية ما...؟

إن الحاجة إلى التغيير أمر مهم، وعلى ممرض صحة المجتمع أن يدرك ويتعرف على المجالات أو الأمور التي تحتاج إلى تغيير، وأن يكون ملمّاً بكل ما يحدث من مستجدات أو أحداث في المجتمع، وأن يتلمس العوامل المساعدة لإحداث التغييرات ويكون قادراً على طرح البدائل اللازمة في برامج التغيير:

1 ـ أن يكون هناك برنامج متكامل يحاكي واقع المجتمع المعني (أهداف محددة)؛

2 ـ أن يكون الممرّض في حال التغيير شخصاً مقبولاً لدى أفراد المجتمع لكي يستطيع إحداث التغيير المرتقب؛

3 ـ أن يكون منفّذ البرنامج قادراً على التواصل مع أفراد المجتمع ومتفهّماً للنظم واللوائح والعرف السائد وتقاليد المجتمع؛

4 ـ أن يكون له نوع من السلطة في التعامل والمناقشة واتخاذ القرارات؛

5 ـ أن يمنح الفرصة والوقت لأفراد المجتمع لتفهم أهداف البرنامج المعني؛

6 ـ أن يستعين بخبرات المختصين لوضع الحلول المناسبة؛

7 ـ أن يناقش خلال مراحل تطبيق البرنامج ما تمّ التوصل إليه مع الأعضاء الآخرين.

وحتى تكون عملية التغيير لازمة، وتعطي مردوداً إيجابياً، لا بد أولاً من تحديد المشكلة التي لأجلها وجد برنامج التغيير.

كيف يتم ذلك؟ فيما يلي تطرح بعض الأسئلة التي من خلال إجاباتها نجيب عن هذا السؤال.

ما هو الموضوع؟	تحديد المشكلة
لمن التغيير؟	تحديد المجموعة المستهدفة.
ماذا؟	تحديد الفعل الذي سيكون هدفه «إحداث التغيير المطلوب» مثل سلوك ما أو عادة غير صحية.
الكم؟	تحديد حجم وكفاءة العمل المراد التوصل إليه.
متى؟	كم من الوقت ستستغرق عملية التغيير.
	كم من التكلفة تحتاجها عملية التغيير.
	كم يلزم من الكفاءات والجهد لإحداث عملية التغيير.

كيف يمكن لممرض صحة المجتمع أن يلعب دور «عامل التغيير»؟

- أن يكون له القدرة على مساندة وتطبيق الأفكار أو المواضيع الجديدة شرط أن تكون واقعاً ملموساً؛
- أن يكون له القدرة على الإبداع في عمله، علماً بأن واقع المجتمع يمنح الفرصة الكبيرة لهذا العمل؛
- أن يكون قدوة يحتذي به الآخرون ومرجعاً يلجأون إليه للاستشارة؛
- أن يكون لديه المعلومات الوفيرة والصحيحة ويستطيع أن يمنح التشجيع باتباعه أساليب مغرية وسهلة في ممارسة دوره الفعلي في النواحي العملية ويمنح المعلومة لمن يحتاجها في أي موقع وتحت أي ظروف؛
- أن يكون له القدرة على تلمّس حاجة المجتمع وأفراده للنواحي الصحية والاجتماعية والقدرة على المناقشة والتحليل؛
- أن يكون مستعداً لتقديم المساعدة الفعلية للمعنيين ومتابعتهم؛
- أن يكسب ثقة المجتمع في مواصلته لعمله، بمعنى أنه إذا بدأ عملاً فعليه أن ينهيه وأن يتوصل لما يبتغيه من ذلك العمل، وهذا أمر مهم لكسب ثقة الغير.

دور ممرّض صحة المجتمع: مقدّم الرعاية التمريضية Health Provider

كمقدم للرعاية التمريضية، يعمل ممرّض صحة المجتمع على تقييم الأفراد وما يحيط بهم من ظروف وعوامل مساعدة، حيث يتم جمع البيانات والمعلومات. بعد ذلك يتم تحليل هذه البيانات للتعرف على التشخيص التمريضي للحالة. وفي آخر خطوة تحضيرية يتم وضع خطة استراتيجية تتضمن الأعمال التي سوف يقوم بها ممرض صحة المجتمع لتقديم عناية تمريضية فاعلة.

ويتلخّص عمل ممرض صحة المجتمع، كمقدّم للرعاية الصحية الأولية في العيادات والمنازل والمدارس والمراكز الصحية ومراكز الأمومة والطفولة وفي المصانع والمؤسسات،

في تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض ومنح الخدمة المطلوبة والتأهيل. ففي النواحي الوقائية يعمل على المشاركة في البرامج الوقائية مثل المسح الصحي لاكتشاف الحالات المبكرة، ويشارك في حملات التطعيم المختلفة وحملات التطعيم الدورية الموجَّهة للأطفال أو البالغين. كما يشارك في تنفيذ برامج تعزيز الصحة الموجَّهة للأمهات أو لأي فئة عمرية أو الموجَّهة لمجموعة من المصابين بالأمراض المزمنة على سبيل المثال.

أسئلة ونشاطات

1 ـ ما هي متطلبات دور ممرّض صحة المجتمع الناجح لكي يستطيع إسداء الإرشاد المفيد والفاعل؟

2 ـ طلب منك أحد المرضى أن تعمل كمدافع عنه، والموضوع الذي طرح عليك هو أنه لا يريد أن يعالج بواسطة المواد الكيميائية بعد أن عرف جيداً التأثير الذي سيحدث له نتيجة ذلك ـ ما هي الواجبات التي عليك أن تقوم بها كمدافع؟

3 ـ طلب منك القيام بدور الاستشاري لحل مشكلة صحية ما لفئة معينة من الأفراد في المجتمع. عدّد الخطوات اللازم اتباعها لضمان استشارة ناجحة لتلك المجموعة.

4 ـ أذكر أهمية البحوث في مجال تمريض صحة المجتمع، وما هي الأدوار التي يمكن لممرّض صحة المجتمع القيام بها في مجال البحوث؟

5 ـ رجل مسنّ ومقعد مصاب بالداء السكري، يحتاج إلى جهة علاجية نظراً لارتفاع مستوى السكر في دمه، وعندما حضر ممرض صحة المجتمع لمساعدته كان لا بد له من تحويله إلى جهة الاختصاص بالمستشفى. ما هي المعلومات اللازمة التي يجب تدوينها عن الحالة قبل تحويله إلى الجهة المعنية؟

6 ـ طُلب منك وضع خطة تثقيفية لأفراد المجتمع تتحدث بها عن مخاطر الرضاعة الصناعية إذا لم يُراع فيها عامل النظافة والاهتمام. حتى يمكنك تقديم خطة متكاملة بهذا الخصوص كيف لك أن تعمل على تحقيق هذا الامر مع الاخذ بالاعتبار دورك كممرض صحة المجتمع في التنسيق والتنظيم لهذا البرنامج؟

7 ـ تتوفر عوامل متعددة تساعد في عملية التغيير يمكن لممرض صحة المجتمع أخذها في الحسبان حتى يستطيع أن يلبي دور العامل المغير في مجتمع. دوّن هذه العوامل.

مراجع للاستزادة

(1) Green and Ottoson, Community Health; St. Louis, Mosby. (1995)

(2) Anne McMurray, Community Health Nursing: Primary Health Care In Practice. London; Churchill Livingstone, (1993)

(3) Philip Burnard, Counselling A Guide To Practice In Nursing. London Biddles Ltd. (1992)

(4) Lawrence W. Green, Health Education Planning. A Diagnostic Approach. Maryland; Publishing Company. (1980)

(5) سعاد حسن حسن، تمريض صحة المجتمع، الكويت (دار القلم 1980)

(6) Barbara KLUG Redman, The Process of Patient Teaching in Nursing, St. Louis, The C.V. Mosby Company. (1976)

الوحدة الثانية

المفاهيم الأساسية في تمريض صحة المجتمع

الفصل الأول: الرعاية الصحية الأولية

الفصل الثاني: الوبائيات

الفصل الثالث: العملية التمريضية في مجال صحة المجتمع

الفصل الرابع: تعزيز الصحة وأنماط الحياة

الفصل الخامس: التثقيف الصحي

الفصل السادس: التواصل

الفصل السابع: الجودة

الفصل الأول

الرعاية الصحية الأولية

Primary Health Care (PHC)

إن الرعاية الصحية الأولية هي الوسيلة التي تسعى إلى توفير الاحتياجات الصحية الأساسية لأكبر عدد ممكن من الناس، بأقل التكاليف. وهي تشمل أعمال المراكز الصحية والعيادات والمستوصفات في المجتمعات المحلية والمحيطة. كما أنها تتضمن ما يستطيع الأفراد والعائلات فعله لتحسين صحتهم.

وتعتبر الرعاية الأولية مدخل الفرد إلى النظام الصحي الوطني الشامل، كما أنها جزء أساسي من أساسيات النظام الصحي الشامل. وحتى تكون الرعاية الصحية الأولية فعالة، فإنها يجب أن تكون قريبة من نظم الحياة ومن حاجات المجتمعات التي تخدمها وأن تكون جزءاً من عملية التنمية برمتها. كما أنها تعتبر أنسب وسيلة لتلمّس الحاجات الصحية لجزء كبير من سكان العالم الذين لا يتاح لهم المجال للحصول على خدمات صحية. هذا وقد أقرّ الاجتماع العام لمنظمة الصحة العالمية من خلال عدة قرارات أهمية توفير وتوسيع الرعاية الصحية الأساسية الشاملة لتخدم حاجات المواطنين المختلفة.

وقد قال الدكتور هيروشي ناكاجيما، مدير عام سابق لمنظمة الصحة العالمية: «إننا لن نحقق أي تقدم يذكر إذا نحن واصلنا الأخذ بالمنهج المألوف في تناول موضوع الصحة والرعاية الصحية. فإذا أردنا أن نتصدى حقاً للمشاكل الصحية التي يواجهها العالم اليوم، فإن سبيلنا الوحيد إلى ذلك هو أن نصب كل جهودنا على تغيير النظم الصحية وفقاً لمبادىء الرعاية الصحية الأولية واستراتيجية توفير الصحة للجميع، فهذا هو التحدي الصحي الضخم الذي سنواجهه خلال الأعوام القادمة».

في هذا الفصل سوف نقوم بطرح تعريف وتاريخ الرعاية الصحية الأولية، ومبادىء وخصائص الرعاية الصحية الأولية، وعناصر ومفهوم الرعاية الصحية الأولية، ودور

الممرض في الرعاية الصحية الأولية، وأخيراً نورد بعض الأمثلة والتطبيقات حول كيفية استخدام مبادىء وعناصر الرعاية الصحية الأولية من قبل الممرض.

الأهداف

يتوقع من القارىء في نهاية الفصل أن:

1 ـ يناقش مفهوم الرعاية الصحية الأولية؛

2 ـ يحدد مبادىء الرعاية الصحية الأولية؛

3 ـ يميِّز عناصر الرعاية الصحية الأولية؛

4 ـ يتفهّم أهمية دور الممرض في الرعاية الصحية الأولية على المستوى المحلي، والمتوسط، والوطني المركزي.

تعريف مفهوم الرعاية الصحية الأولية وتاريخها:

بدأت حركة الرعاية الصحية الأولية عام 1978، عندما عقد مؤتمر في مدينة ألما آتا في الاتحاد السوفييتي سابقاً حيث التزمت منظمة الصحة العالمية والدول الأعضاء باعتبار الرعاية الصحية الأولية نهجاً لتحقيق هدف الصحة للجميع بحلول عام 2000. وقد تم تعريف الرعاية الصحية الأولية في مؤتمر ألما آتا على أنها «الرعاية الصحية الأساسية التي تعتمد على وسائل وتكنولوجيا صالحة عملياً ومقبولة اجتماعياً وميسّرة لكافة الأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة، وبتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطورها بروح من الاعتماد على النفس وحرية الإرادة».

ومن المهم أن نعرف أن إعلان ألما آتا هو أساس تعريف مفهوم الرعاية الصحية الأولية، حيث يوجد الكثير من المقالات والأبحاث المنشورة بين مفهوم ألما آتا للرعاية الصحية الأولية وغيره من المفاهيم. لهذا فإننا نقدم الإعلان كما هو في الجدول رقم (1).

الجدول رقم (1)

إعلان ألما آتا

أولاً

يؤكد المؤتمر من جديد أن الصحة، التي هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً وليست فقط مجرّد الخلو من المرض أو العجز، هي هدف من أهم الأهداف الاجتماعية على الصعيد العالمي وأن تحقيق هذا الهدف يتطلب بذل جهود من جانب العديد من القطاعات الاجتماعية والاقتصادية الأخرى بالإضافة إلى القطاع الصحي.

ثانياً

إن ما يوجد حالياً من تفاوت جسيم في الأوضاع الصحية للشعوب، لاسيما بين البلدان المتقدمة

والنامية وكذلك في داخل البلدان، غير مقبول سياسياً واجتماعياً واقتصادياً، وهو لذلك أمر يسبب القلق لجميع البلدان.

ثالثاً

إن التنمية الاقتصادية والاجتماعية التي تستند إلى نظام اقتصادي دولي جديد ذات أهمية أساسية لتحقيق أقصى قدر من الصحة للجميع، ولتضييق الفجوة في الأوضاع الصحية بين البلدان النامية والمتقدمة. وإن تحسين وحماية صحة الشعوب أمر أساسي للتقدم الاقتصادي والاجتماعي المطرد، ويسهم في تحسين نوعية الحياة وفي تحقيق السلام العالمي.

رابعاً

إن للشعوب حقاً وعليها واجباً في المساهمة أفراداً وجماعات في تخطيط وتنفيذ الرعاية الصحية الخاصة بها.

خامساً

الحكومات مسؤولة عن صحة شعوبها، ولا يمكن الوفاء بهذه المسؤولية إلا باتخاذ تدابير صحية واجتماعية كافية. وينبغي أن يكون بلوغ جميع شعوب العالم بحلول عام 2000 مستوى من الصحة يمكّنها من أن تحيا حياة منتجة اجتماعياً واقتصادياً، هدفاً اجتماعياً رئيسياً للحكومات والمنظمات الدولية والمجتمع العالمي كله في العقود القادمة، والرعاية الصحية الأولية هي المدخل إلى تحقيق هذا الهدف، باعتبارها جزءاً من التنمية، بروح من العدالة الاجتماعية.

سادساً

إن الرعاية الصحية الأولية، هي الرعاية الصحية الأساسية التي تعتمد على وسائل وتكنولوجيات صالحة عملياً وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً وميسرة لكافة الأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة، وبتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطورها بروح من الاعتماد على النفس وحرية الإرادة. وهي جزء لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد الذي تعد وظيفته المركزية ومحوره الرئيسي، ومن التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع. وهي المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسرة والمجتمع بالنظام الصحي الوطني، وهي تقرب الرعاية الصحية بقدر الإمكان إلى حيث يعيش الناس ويعملون وتشكل العنصر الأول في عملية متصلة من الرعاية الصحية.

سابعاً

إن الرعاية الصحية الأولية:

1 ـ تعكس الظروف الاقتصادية والخصائص الاجتماعية الثقافية والسياسية للبلد ومجتمعاته وتنبثق عنها، وهي تقوم على تطبيق النتائج المناسبة للبحوث الاجتماعية والطبية الحيوية وبحوث الخدمات الصحية والخبرات المكتسبة في مجال الصحة العامة.

2 ـ تتصدى لمعالجة المشاكل الصحية الرئيسية للمجتمع، وتقدم تبعاً لذلك خدمات لتحسين الصحة وخدمات وقائية وعلاجية وتأهيلية.

3 ـ تشمل على الأقل: التثقيف بشأن المشاكل الصحية السائدة وطرق الوقاية منها والسيطرة عليها، وتوفير الغذاء وتعزيز التغذية الصحيحة، والإمداد الكافي بالمياه النقية والإصحاح الأساسي ورعاية الأم والطفل بما في ذلك تنظيم الأسرة والتحصين ضد الأمراض المعدية الرئيسية، والوقاية من الأمراض المتوطنة محلياً ومكافحتها والعلاج الملائم للأمراض والإصابات الشائعة وتوفير العقاقير الأساسية.

4 ـ تشمل بالإضافة إلى قطاع الصحة جميع قطاعات وجوانب التنمية وتنمية المجتمع، لاسيما

الزراعية وتربية الحيوان والغذاء والصناعة والتعليم والإسكان والأشغال العامة والمواصلات وغيرها من القطاعات، وتقتضي بذل جهود منسقة من جميع تلك القطاعات.

5 ـ تتطلب وتعمل على تحقيق أقصى قدر من اعتماد المجتمع والأفراد على أنفسهم، ومشاركتهم في تخطيط الرعاية الصحية الأولية وفي تنظيمها وتنفيذها ومراقبتها، مع الاستعمال الأكمل للموارد المحلية والوطنية وغيرها من الموارد المتاحة. وهي تنمي، تحقيقاً لهذا الغرض، وعن طريق التثقيف الملائم، من قدرة المجتمعات على المشاركة.

6 ـ ينبغي أن تدعم بنظم للإحالة تكون متكاملة وفعالة ويساند بعضها بعضاً، وتؤدي بصورة مطردة إلى توفير الرعاية الصحية الشاملة للجميع، وتعطي الأولوية لمن هم أكثر افتقاراً إليها.

7 ـ تعتمد، في المستوى المحلي وفي مستوى الإحالة، على العاملين الصحيين، ومن بينهم الأطباء والممرضات والقابلات والمساعدون الصحيون ـ حيثما يكون ذلك ممكن التطبيق ـ وكذلك الممارسون التقليديون ـ حسب الحاجة ـ ممن يكونون قد تلقوا تدريباً اجتماعياً وفنياً مناسباً للعمل كفريق صحي وللاستجابة إلى الاحتياجات الصحية المحددة للمجتمع.

ثامناً

إن على جميع الحكومات أن تصوغ سياسات واستراتيجيات وخطط عمل وطنية لمباشرة الرعاية الصحية الأولية والمحافظة عليها كجزء من النظام الصحي الوطني الشامل وبالتنسيق مع القطاعات الأخرى. ومن الضروري تحقيقاً لهذه الغاية، أن تطبق الحكومات إرادتها السياسية وأن تعبىء موارد البلد وأن تستعمل الموارد الخارجية المتوفرة بصورة رشيدة.

تاسعاً

على جميع البلدان أن تتعاون بروح المشاركة والرغبة في الخدمة لتوفير الرعاية الصحية الأولية لجميع الشعوب، إذ إن توفير الصحة للناس في أي بلد يهم كل بلد آخر ويفيده بصورة مباشرة. وفي هذا الإطار يشكل التقرير المشترك لمنظمة الصحة العالمية واليونيسيف بشأن الرعاية الصحية الأولية، أساساً متيناً لزيادة تطوير الرعاية الصحية الأولية أو تطبيقها في جميع أنحاء العالم.

عاشراً

من الممكن بلوغ مستوى مقبول من الصحة لجميع شعوب العالم بحلول عام 2000. وذلك باستعمال موارد العالم على نحو أكمل وأفضل، تلك الموارد التي ينفق منها الآن جانب كبير على الأسلحة والنزاعات العسكرية. إن سياسة مخلصة للاستقلال والسلام والوفاق ونزع السلاح يمكنها وينبغي لها أن تطلق موارد إضافية، يحسن أن تخصص للأغراض السلمية، وبصفة خاصة، للتعجيل بالتنمية الاجتماعية والاقتصادية التي ينبغي أن يخصص للرعاية الصحية الأولية، كجزء أساسي منها، نصيب ملائم.

وبعد انقضاء عشر سنوات على إعلان ألما آتا، عُقد اجتماع تقني لمنظمة الصحة العالمية في مدينة (ريغا) ـ الاتحاد السوفيتي سابقاً ـ من أجل تجديد الالتزام بمبدأ الصحة للجميع بحلول عام 2000، ومن أجل معرفة ما حدث بعد انقضاء عشر سنوات على إعلان ألما آتا، وما مدى التقدم الذي أحرز.

وقد أوصى الاجتماع بوضع الاستراتيجيات التالية موضع التنفيذ:

أولاً: الالتزام بتقوية المجتمعات لتتمكّن من اتخاذ القرارات الصحية وتنفيذها؛

ثانياً: تقديم الرعاية الصحية الأولية ضمن نظام صحي لا مركزي؛

ثالثاً: استخدام التقدم العلمي والتقني لتنمية وسائل جديدة لحل المشاكل الصحية المستعصية؛

رابعاً: مساعدة المجتمع الدولي للدول الفقيرة والأقل نمواً من أجل حل مشاكلها المستعصية؛

خامساً: تنمية القوى العاملة الصحية وإعدادها على مبدأ الصحة للجميع.

مبادىء ومفهوم الرعاية الصحية الأولية

إذا نظرنا بإمعان إلى تعريف الرعاية الصحية الأولية فإننا نجد في طياته خمسة مبادىء هي:

أولاً: إتاحة الخدمات الصحية الأساسية للجميع دون استثناء.

ثانياً: مشاركة قصوى من قبل الأفراد والمجتمعات في تخطيط خدمات الرعاية الصحية وتنفيذها.

ثالثاً: التركيز على تعزيز الصحة والرعاية الوقائية وليس على معالجة الأمراض فحسب.

رابعاً: استخدام التقانة الملائمة والمقبولة اجتماعياً.

خامساً: اعتبار الرعاية الصحية جزءاً لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية والصحية الشاملة في أي بلد كان.

وفيما يلي شرح مفصل لهذه المبادىء مع إعطاء بعض الأمثلة التوضيحية:

أولاً: إتاحة الخدمات الصحية الأساسية للجميع دون استثناء: هذا المبدأ يعني أن الخدمات الصحية يجب أن تكون متوافرة للناس في أماكن عملهم ومسكنهم وأماكن دراستهم بدون أي عوائق. ونعني بالخدمات هنا الرعاية الصحية الأولية الشاملة بما في ذلك نظام الإحالة إلى المستشفيات أو مركز التأهيل وحسب الرقعة الجغرافية لمناطق سكناهم. وعلى ذلك فإن الرعاية يجب أن تكون سهلة المنال جغرافياً من حيث المسافة ووسائل التنقل وتوافرها للناس، من أجل الوصول لخدمات الرعاية الصحية الأولية. كذلك يجب أن تكون سهلة المنال مادياً بحيث يستطيع أي فرد في المجتمع الحصول عليها. وأخيراً، فإن الرعاية الصحية الأولية يجب أن تكون سهلة المنال ثقافياً، أي تتماشى مع المعتقدات الثقافية السائدة في المجتمع.

ثانياً: المشاركة القصوى من قبل الأفراد والمجتمعات في تخطيط خدمات الرعاية الصحية وتنفيذها: إن الأفراد والمجتمعات لهم الحق بالمشاركة واتخاذ القرار حول الرعاية الصحية المقدمة لهم. فبرامج الرعاية الصحية الأولية لا يمكن أن تحقق الفاعلية دون أن يشارك فيها المجتمع المحلي مشاركة فعلية، كما أن المجتمع يلعب دوراً أساسياً

في مجال المشكلات الصحية المحلية. فإذا ما نظرنا على سبيل المثال إلى موضوع قبول برامج التباعد ما بين الأحمال، فإن مشاركة السيدات في المجتمع أمر أساسي في معالجة جوانب قضية هذه البرامج. فالرغبات الشخصية في هذه الحالة قد لا تتفق مع حاجة المجتمع وسلوكه ورأيه بالمشكلة وبطريقة علاجها. وأخيراً علينا أن نتذكر أن المجتمع شريك أساسي في تمويل خدمات الرعاية الصحية الأولية. ولتحقيق المشاركة الفعالة من قبل المجتمع أو الأفراد، يلزم عمل الأمرين التاليين:

1 ـ أن تتعهّد الحكومة على نفسها بإشراك المجتمع المحلي في مسؤوليات الصحة واتخاذ قرارات الصحة والتنمية، بحيث يشعر المواطنون بأنه لهم الحق وأنه يطلب منهم فعلياً المشاركة الفعالة في الخدمات الصحية.

2 ـ الترويج للصحة، فالناس يحتاجون إلى أن يحفّزوا للأخذ بأنماط معينة من السلوك وأساليب الحياة التي تؤدي إلى الوصول للعافية وتعزيز الصحة. وجزء من هذا الترويج الصحي يجب أن يهدف إلى مساعدة الناس في تحديد مشاكلهم، ومعرفة ما يستطيعون عمله حيال هذه المشاكل من قبلهم أو من قبل الحكومة المحلية.

ثالثاً: التركيز على تعزيز الصحة والرعاية الوقائية وليس على معالجة الأمراض فحسب: إن التركيز على تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض هو جزء مهم من أجزاء الرعاية الصحية فقيامنا والتزامنا بمساعدة المريض أو المستفيد في تحسين صحته ووقايته من الأمراض بدلاً من رعايته في حالة المرض يعد ركيزة من ركائز الرعاية الصحية الأولية. والمشكلة التي تواجه العاملين في القطاع الصحي هي الضعف في مجال تعزيز الصحة وكيفية الوقاية من المرض، بينما يكونون أقوياء ومعدين إعداداً جيداً في مجال معالجة الأمراض باستخدام أفضل وسائل التشخيص والعلاج التي يوفرها علم الطب. فعلى سبيل المثال إذا واجه الفريق الصحي مريضاً يعاني من احتشاء في عضلة القلب في غرفة الطوارىء في أي مستشفى فإنه يبدع في تشخيص وعلاج حالة الاحتشاء، بينما لو جاء شخص لاستشارة أعضاء الفريق الصحي من أجل معرفة معلومات تتعلق بكيفية الوقاية من أمراض القلب والشرايين فإنهم سوف يصابون بالارتباك ويعطونه إجابة منقوصة ويقولون له إنك لا تشكو من أي مرض أو مشكلة صحية.

والتركيز على تعزيز الصحة والأخذ بأنماط الحياة الصحية يعزز في نهاية المطاف مكاسب على الأمدين المتوسط والطويل، ذلك لأن تحسين وتعزيز الصحة سوف يؤدي إلى خفض تكاليف العلاج والاستشفاء.

رابعاً: استخدام التقانة الملائمة والمقبولة: هناك حاجة للتحول من التقانة المكلفة المعقدة التي تساعد على شفاء أناس معدودين إلى خدمات تتجاوب مع الحاجات الصحية

للمجتمعات. فنظراً لأن الوقاية تعتبر مفتاح الصحة فإنه من الأفضل توجيه الدعم المادي والتقني المقدم للمستشفيات إلى الصحة الوقائية وبرامج تعزيز الصحة. وعلى الدول العربية النامية الاستفادة من التطبيقات التقنية العملية التي تدوم طويلاً وتساعد في الحماية من الأمراض بدل شراء الأجهزة التشخيصية والعلاجية المعقدة والمكلفة جداً التي تستهلك الموارد الخاصة بوزارة الصحة. وهذا لا يعني استبعاد التكنولوجيا المعقدة عن الدول العربية أو العالم الثالث لكن عليها أن تتوخى الحكمة في ما يخص الأولويات لدى استخدام الموارد المادية المتوفرة. فعلى سبيل المثال: قد يكون شراء خمسة أجهزة أشعة سينية وتوزيعها على خمس قرى نائية أفضل من شراء جهاز أشعة رنين مغناطيسي واحد ووضعه في المدينة.

خامساً: اعتبار الرعاية الصحية جزءاً لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية والصحية الشاملة في أي بلد كان: هناك علاقة متبادلة بين الصحة والتنمية الاقتصادية والاجتماعية والبيئة. فالتنمية الاقتصادية ضرورية لتحقيق معظم الأهداف الاجتماعية كما أن التنمية الاجتماعية ضرورية لتحقيق الأهداف الاقتصادية. فعلى سبيل المثال: يؤدي ارتفاع نمو السكان بدون ضوابط إلى ازدياد الضغط على الموارد وتآكل البيئة فيقل دخل الفرد مما يؤدي إلى زيادة معدل الوفيات وتباطؤ النمو الاقتصادي. ومثل هذا الركود في التنمية يؤدي إلى الضعف في توفير الصحة للجميع. من هنا لا يمكن للأفراد والأسر والمجتمعات اللجوء إلى الرفاهية الاجتماعية إلا عندما يكونون في مستوى مقبول من الصحة.

لذلك على العاملين في القطاع الصحي أن يدركوا أن تقديم الدعم من قبل القطاعات الأخرى لتقديم السكن والتعليم والتنمية الزراعية والقضاء على الفقر وتنمية المرأة وتنمية الإعلام، يؤدي إلى تحسين الصحة وإتاحتها للجميع، وبالتالي يستفيد المجتمع وقطاعاته من المواطنين الأصحاء.

العناصر الأساسية للرعاية الصحية الأولية

حدّد إعلان ألما آتا ثمانية عناصر أساسية للرعاية الصحية الأولية، وهي:

أولاً: التثقيف بشأن المشاكل الصحية السائدة وطرق الوقاية منها والسيطرة عليها؛

ثانياً: توفير الغذاء وتعزيز التغذية الصحيحة؛

ثالثاً: الإمداد الكافي بالمياه المأمونة والإصحاح الأساسي؛

رابعاً: رعاية الأم والطفل بما في ذلك تنظيم الأسرة؛

خامساً: التحصين ضد الأمراض المعدية الرئيسة؛

سادساً: الوقاية من الأمراض المتوطنة محلياً ومكافحتها؛

سابعاً: المعالجة المناسبة للأمراض والإصابات الشائعة؛

ثامناً: توفير الأدوية الأساسية.

وتشكل هذه العناصر الأساسية للرعاية الصحية الأولية إطاراً مرجعيًا يُعتمد عليه في تخطيط وتنظيم برامج الرعاية الصحية، وفي معرفة مهام وواجبات أعضاء الفريق الصحي.

دور الممرض في الرعاية الصحية الأولية

لقد أقرت منظمة الصحة العالمية عام 1984 بأن دور وواجبات ممرض المجتمع في مجال الرعاية الصحية الأولية يبرز في ثلاثة محاور ومستويات، هي:

أولاً: المستوى الفردي المحلي Peripheral

وهو المستوى الذي يكون به الممرض مسؤولاً عن تقديم الرعاية بصورة مباشرة للفرد أو الأسرة أو المجتمع. أما واجبات الممرض في هذا المستوى فتشمل ما يلي:

1 ـ رفع مستوى اهتمام المواطنين في فوائد تعزيز الصحة والوقاية، وهذا يتم عن طريق التربية والتثقيف الصحي من أجل الصحة ومن أجل الترويج لنمط حياة يقوم على مبادىء تغذوية سليمة في إطار بيئة صحية نظيفة مع التشجيع على تغيير أنماط مبادىء تغذوية سليمة في إطار بيئة صحية نظيفة مع التشجيع على تغيير أنماط وسلوكات الحياة المفيدة لصحة الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية.

2 ـ التعاون من أجل حل المشاكل الصحية الموجودة في المجتمع، وهذا يتم عن طريق تحديد مشاكل المجتمع واحتياجاته وتقييم النشاطات الصحية القائمة في المجتمع الصغير وإدراك ما يستطيع المجتمع عمله حيال هذه المشاكل بموارده المحلية الخاصة.

3 ـ تقديم الرعاية المشاركة والفردية للمواطنين في المجتمع. فعلى الممرض أن يقدم رعاية صحية فردية مقبولة من قبل الأفراد أو العائلات أو الجماعات، وهذا يعني أن عليه إدراك وفهم الثقافات المختلفة للمجتمع كالمعتقدات والعادات الاجتماعية التي يمارسونها والتي قد تختلف عن ما يمارسه الممرض.

4 ـ إشراك المواطنين في المجتمع الصغير في التخطيط، لأن الحقيقة هي أن الأفراد والعائلات ـ لا الفريق الصحي ـ هم الذين يتخذون معظم القرارات الهامة التي تؤثر في صحتهم وتغيير سلوكهم الصحي.

5 ـ تقديم التعليم المستمر للعاملين الصحيين والتدريب لعمال صحة المجتمع وغيرهم

من العاملين في المجتمع الذي يشاركون في الرعاية الصحية الأولية.

ثانياً: المستوى المتوسّط (المحيطي) Intermediate

وهو المستوى الذي قد يكون إما في مركز تحويلي أو مستشفى صغير في المناطق المحيطة. ويشمل دور الممرض، بالإضافة إلى تقديم الرعاية المباشرة، ما يلي:

1 ـ التخطيط والتطوير، وإدارة برامج على مستوى المناطق المحيطية؛

2 ـ الإرشاد والإشراف على النشاطات المختلفة في المجتمعات التابعة للمنطقة المحيطية. ومن واجبات الممرض الذي يعمل في المستوى المحيطي، التأكد عند قيامه بواجباته التي ذكرت على ما يلي:

أ ـ تنسيق وتخطيط النشاطات بالتعاون مع القطاعات الاجتماعية والاقتصادية؛

ب ـ إشراك المجتمعات المحيطية؛

ج ـ تطبيق التقانة الصحية التي تتلائم مع التنمية الاقتصادية والثقافية والاجتماعية للمجتمعات المحيطية؛

د ـ توجيه الأولوية في الرعاية للجماعات الأقل حظّاً وشديدة التعرض للخطر؛

هـ ـ تزويد خدمات الإحاطة بمزيج ملائم من العاملين الصحيين ويشمل ما يلي:

- أطباء، ممرضات وقابلات ومساعدون وعاملون مجتمعيون، وممارسون تقليديون.
- فرق ذات تخصصات معينة ومشتركة بين التخصصات لتقديم الإرشاد وخدمات الإحالة.

و ـ ينبغي التأكد من توفير خدمات صحية متدرجة وشاملة وتحويلية لجميع المنطقة المحيطية.

ثالثاً: المستوى الوطني المركزي National

وهو المستوى الذي يعمل به الممرض ضمن وزارة الصحة ويشارك في إدارة الخدمات الصحية الأولية على مستوى البلد كله، وتشمل واجبات الممرض ما يلي:

1 ـ مساعدة المجتمعات في تعزيز الصحة؛

2 ـ الوقاية من الأمراض؛

3 ـ إيجاد الحالات المرضية؛

4 ـ إيجاد المجموعات المعرضة للمرض أو الخطر high risk؛

5 ـ إيجاد المجموعات الأقل حظّاً؛

6 ـ تطوير برامج صحية للفرد والأسرة والمجتمع؛

7 ـ فهم المجتمع الكبير society وفهم عملية اتصال المشاكل الصحية بالوضع الاجتماعي والاقتصادي للبلد وليس فهمها فقط كمشكلة ليس لها علاقة بما حولها، وهذا يؤدي إلى جعل الممرض نشطاً في التأثير على قضايا المجتمع والعمل مع المجموعات الضاغطة lobbyings واللجان المختلفة بالمجتمع والبيئة؛

8 ـ التأكد من أن الخدمات التمريضية متاحة للجميع في كل أنحاء البلد، في الأرياف وفي الصحراء وفي المدن الكبرى؛

9 ـ تقديم خدمات تمريضية يستطيع المجتمع والبلد دفع ثمنها المادي.

هذا، وقد تم عمل ونشر الكثير من الدراسات الدولية التي تتحدث عن مهام وواجبات الممرض في مجال الرعاية الصحية الأولية. ففي عام 1993 على سبيل المثال، قامت الباحثة بيدوم Beddome في كندا بسؤال ممرضي المجتمع عن أهم عشر قضايا تخص الرعاية الصحية الأولية برأيهم الشخصي، فقالوا إن أهم القضايا هي ـ الالتزام بتخصيص جزء من الميزانية العامة للصحة الوقائية، وأن يمارس ممرضو المجتمع دوراً أكبر في التخطيط لخدمات صحة المجتمع، وأن يتحمل الأفراد جزءاً من المسؤولية الصحية بالمجتمع، وأن يكون هناك دور أكثر وضوحاً لممرض صحة المجتمع، وأن تزداد معرفة المجتمع بمشاكله الصحية وحقوقه الصحية، وأن يزداد تعاون أفراد الفريق الصحي مع القطاعات المختلفة.

وبالنظر إلى القضايا المطروحة نجد أن نظرة الممرضين للمستقبل حسب ما وجدت الباحثة تتماشى مع مبادىء الرعاية الصحية الأولية.

أما في الدول العربية، فقد أجرت عدة دول دراسات لمعرفة مدى التزام ممرضي المجتمع بدورهم وواجباتهم في مجال الرعاية الصحية الأولية وتم دراسة موقف الممرضين من دورهم في الرعاية الصحية الأولية. فعلى سبيل المثال قامت وزارة الصحة الأردنية عام 1990 بإجراء دراسة ذات هدفين: أولاً، تحليل الواجبات ومهام الممرضة والقابلة العاملة في المراكز الصحية الأولية. ثانياً، معرفة موقف الممرضات من واجباتهن وأدوارهن في الرعاية الصحية الأولية، حيث تم استفتاء القابلات والممرضات في 49 مركزاً صحيًّا أوليًّا. وقد أظهرت النتيجة أن التثقيف الصحي، وصحة البيئة ومشاركة المجتمع ومراقبة نوعية الأداء، مجالات تشعر الممرضة أنها لا تزال ضعيفة فيها، كما أن موقفها منها ليس موقفاً عالي الإيجابية. وقد توصلت الوزارة إلى مادة الممرضات للتدريب على هذه الأدوار وتشجيعهن على تغيير موقفهن تجاه التثقيف الصحي ومشاركة المجتمع وصحة البيئة في نطاق الرعاية الصحية الأولية.

تطبيقات حول دمج مفهوم الرعاية الصحية الأولية في الممارسات التمريضية

إن تبني الرعاية الصحية الأولية يعني تعرّض دور الممرض لتغيّرات هامة. وفحوى هذه التغيرات هو تحويل الاهتمام من الرعاية العلاجية للأفراد إلى الاهتمام بالرعاية الصحية الموجّهة للمجتمع. وعلى الممرض الذي يعمل في مرافق المجتمع سواء مع الأفراد أو الأسرة أو المجتمع، وذلك ضمن إطار الرعاية الصحية الأولية، أن يستخدم العملية التمريضية في المجتمع. وعندما نقول المجتمع ضمن إطار الرعاية الصحية الأولية، فإن هذا يعني أن نعمل على توفير رعاية داعمة وتعزيزية وعلاجية لا للأفراد وحدهم، بل لعائلاتهم ومجتمعاتهم أيضاً. ومن ناحية عملية لو أخذنا على سبيل المثال دور ممرض في مركز صحي شامل، ينبغي عليه عند ممارسة العمل في إطار الرعاية الصحية الأولية، أن يقوم بالأعمال التالية:

1 ـ تقييم الاحتياجات الصحية؛
2 ـ تنفيذ خطة الرعاية الصحية؛
3 ـ تقييم خطة الرعاية الصحية المقدمة.

تقييم الاحتياجات

عند القيام بعملية التقييم للفرد أو العائلة أو المجتمع على الممرض أن يلم ببعض العوامل الديموغرافية، مثل السن، والجنس، والدين، والحالة المادية، والحالة البيئية. إضافة إلى ذلك على الممرض أن يقيِّم ما يلي:

1 ـ التاريخ الصحي والمشكلات الصحية في رأي الفرد أو العائلة أو المجتمع؛
2 ـ العادات والأعراف الصحية؛
3 ـ مصدر الرعاية الصحية الأولية؛
4 ـ أنماط السلوك الصحي الموجودة في البيئة الثقافية المحلية؛
5 ـ الخدمات الصحية المتاحة للوفاء باحتياجات الناس؛
6 ـ القدرة البدنية والانفعالية؛
7 ـ مواقع الخدمات الصحية والاجتماعية في البلدة؛
8 ـ العادات والأعراف التي يمكن أن تكون أدت إلى حدوث أو إحداث مشاكل صحية.

تنفيذ خطة الرعاية

بعد أن ينهي الممرض تقييمه للوضع الصحي والاحتياجات، عليه أن يبدأ بوضع خطط لتنفيذ الرعاية.

وعند تحضير وتنفيذ خطة/خطط للرعاية في المركز الصحي الذي يعمل به الممرض، عليه أن يستخدم الاستراتيجيات التالية في عمله:

1 ـ أن يشرك المجتمع في الخدمة، لأن تقديم الخدمات دون إشراك المجتمع يجعلها تبدو وكأنها خدمات خارجية محدودة الأثر؛

2 ـ أن يقوم بتحليل دوري للأسباب الكامنة وراء المشكلات الصحية؛

3 ـ أن يعتمد على المبادىء العملية والعلمية لتعزيز الصحة والوقاية والمعالجة والتأهيل، على أن تكون المبادىء العلمية ملائمة للوضع القائم؛

4 ـ أن يدرس الموارد والمعالجات اللازمة للوقاية من الدرجة الأولى والثانية والثالثة؛

5 ـ أن يحدد الأولويات بالعمل والاستراتيجيات الوقائية والحلول/الإجراءات التي يمكن أن يتخذها هو أو الفرد أو الأسرة أو المجتمع.

تقييم الرعاية المقدمة

ينبغي على الممرض أن يكون قادراً على قياس مدى فعالية الرعاية المقدمة ومدى نجاحه بالاستناد إلى عمليات التسجيل والملاحظة بشكل مستمر ونظامي، وعليه أن يسأل بشكل خاص ما يلي:

- هل شارك الناس في التخطيط والتنفيذ؟
- هل كانت الموارد متاحة؟
- هل قلّت المشاكل أو انخفضت؟
- ما مقدار جودة الرعاية التي تم تنفيذها؟
- ما مدى استجابة الناس للخدمات المقدمة؟
- ما مدى نجاح التعاون بين القطاعات المختلفة؟

وإذا لم يتم تحقيق النتائج المرجوة، فعلى الممرض معاودة التقييم والتخطيط، واقتراح استراتيجيات أكثر فاعلية.

أسئلة ونشاطات

1 ـ إذا كنت تعمل في مركز رعاية صحية أولية في قرية من قرى المنطقة التي تعيش بها، ووجدت أن نسبة الأطفال الذين تحضرهم أمهاتهم للحصول على التحصين ضد الحصبة قليلة نوعاً ما، مقارنة بباقي الأمراض التي يطعم/يحصن الطفل ضدها، فماذا

تفعل؟ بالاعتماد على مبادىء الرعاية الصحية الأولية الخمسة أذكر واشرح كيف ستقوم بتقييم وتخطيط وتنفيذ حل مناسب لهذه المشكلة على مستوى القرية.

2 ـ ناقش أربع مشاكل يمكن أن تواجه الممرض أو يعاني منها الممرض عند التطبيق الكامل لنظام ومفاهيم الرعاية الصحية الأولية مما قد ينعكس سلباً على نجاح هدف الصحة للجميع.

3 ـ قم بإجراء تقييم لحي أو منطقة سكنية معينة في البيئة التي تعيش فيها، وحدد وحاول أن تعرف إذا ما كانت الخدمات الصحية:

(أ) متوفرة

(ب) متاحة

(ج) سهلة المنال للجميع في هذا الحي/المنطقة

مراجع للاستزادة

(1) World Health Organization. Alma-Ata (1978). Primary Health Care, Geneva, 1978 (Health for All Series, No 1).

(2) World Health Assembly Resolution, WHA 20:53; WHA 23:61: WHA 25:17; WHA 26:35; WHA 27:44; and WHA 45:5.

(3) هيروشيما نلكاجيما. توفير الصحة للجميع: الطريق أمامنا، منبر الصحة العالمي، المجلد التاسع عدد -311 309:4/3، 1994.

(4) ألما _ آتا 1978: الرعاية الصحية الأولية، تقرير المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية. جنيف _ منظمة الصحة العالمية، 1978.

(5) MacIntosh J, & McCormack, D. Primary Health Care Progress in Nursing citation, International Nursing Review, 1995, 42(4) 115-120.

(6) Alma-Ata Reaffirmed at Riga 1988: From Alma-Ata to the Year 2000 Amideoint perspective, Geneva World Health Organization, 1988 (WHO/SHS/88.2).

(7) A manual on Health Education in Primary Health Care, Education for Health, Geneva, World Health Organization, 1988.

(8) World Technical Report Series, No 708, 1984 (Education and Training of Nurse Teachers and Managers With Special Regard to Primary Health Care: Report of a WHO Expert Committee).

(9) Beddome. G, et al., Vision of the Future of Public Health Nursing: A Case for Primary Health Care, Public Health Nursing 1993, 13 (1): 13-18.

(10) Abu-Luban, I; Task Analysis and Training Needs Assessment Survey. Ministry of Health, Amman, Jordan (1990). (Unpublished Report, A vailable from Directory of Planning, Ministry of Health, Jordan).

(11) دليل مراجعة المنهج الدراسي لتعليم التمريض الأساسي والتوجه نحو الرعاية الصحية الأولية وصحة المجتمع، الاسكندرية، منظمة الصحة العالمية 1989.

الفصل الثاني

الوبائيات

يعتبر علم الوبائيات أحد المبادىء العلمية الأساسية المستخدمة في الأداء العلمي ضمن تمريض صحة المجتمع. وبالرغم من تعدد التعاريف لعلم الوبائيات، إلا أنها في مجملها تتوافق مع بعضها البعض بحيث تصف هذا العلم بأنه يهتم بكيفية انتشار (توزيع) الصحة والمرض والسلوك الصحي بين الناس. وبعبارة أخرى، يرتكز علم الوبائيات على دراسة المحددات والمسببات للصحة والمرض بين فئات الناس بشكل عام، وعليه فإن الصحة ليست موزعة بشكل عشوائي بين الأفراد والمجتمعات المختلفة، بل إن الحالة الصحية لأية فئة تعتمد على الدرجة التي يتكرر فيها انتشار الأمراض بين نفس المجموعة. وحيث إن تمريض صحة المجتمع يُعنى بصفته الإجمالية بحماية صحة الأفراد والأسر والمجتمع ككل من الأمراض والارتقاء بها من خلال استخدام خطوات العملية التمريضية وطرق حل المشاكل في تقييم الحالة وتحديد التشخيص ووضع الخطط وتنفيذها وتقييمها، فإن تطبيق مثل هذه المهارات يعتمد بشكل أو بآخر على فهم واستيعاب للمعرفة والمفاهيم والطرائق التي يبنى عليها علم الوبائيات في تحديد المسببات لبعض الظواهر في المجتمع. ويمكن القول إذاً إن تمريض صحة المجتمع وعلم الوبائيات يتشاركان في استخدام مفاهيم متشابهة بهدف استقصاء الوضع الصحي في المجتمع.

الأهداف

مع نهاية هذا الفصل سيكون القارىء قادراً على أن:

1 ـ يعرّف الوبائيات؛
2 ـ يشرح بعضاً من المفاهيم الرئيسية المرتبطة بعلم الوبائيات؛
3 ـ يحدد عناصر مثلث الوبائيات وارتباط بعضها ببعض ويعطي أمثلة على كل منها؛
4 ـ يوضح العلاقة بين العملية التمريضية وعملية الاستقصاء الوبائي.

تعريف علم الوبائيات

ارتكز تعريف علم الوبائيات لفترة من الزمن على أنه العلم المهتم بتحليل ظاهرة انتشار الأمراض وكيفية السيطرة عليها للحد من انتشارها بشكل أوسع. وفي الوقت الحالي، فإن الاهتمام ازداد سعة بحيث أصبح علم الوبائيات يركز أيضاً على تحديد العوامل التي تؤثر على الصحة وبنفس الوقت على تحديد العوامل المسببة لظهور الأمراض في المجتمعات.

وقد عرف ماكمهون وبيف علم الوبائيات كما يلي:

«هو دراسة منظمة وعملية لأنماط ومحددات انتشار الصحة والمرض والظواهر غير المحببة المتكررة بين الناس، بهدف الارتقاء بالصحة ومنع الأمراض/الظواهر».

مفاهيم أساسية في علم الوبائيات

حتى يتمكن ممرض صحة المجتمع من استخدام عملية الاستقصاء الوبائي بشكل فعال فإن ذلك يتطلب منه معرفة المفاهيم والأدوات والمصطلحات المستخدمة في علم الوبائيات وتشمل:

1- عوامل الخطر Risk Factors

يعرّف عامل الخطر بأنه «أي عامل يجعل الشخص أكثر قابلية أو عرضة لظاهرة غير محببة أو لحادث أو لمرض أو لموت».

ويمكن تصنيف عوامل الخطر ضمن الفئات الثلاث التالية:

أ - عوامل بيولوجية؛

ب - عوامل فيزيائية، واجتماعية، واقتصادية، وبيئية؛

ج - عوامل سلوكية متعلقة بأنماط السلوك المعيشي.

إن العوامل البيولوجية الموروثة على سبيل المثال تعمل على زيادة عامل الخطر لدى الفرد لأمراض مختلفة مثل الاختلال العقلي، والأمراض المعدية والمزمنة مثل السرطان، وأمراض القلب والرئة والسكري والهيموفيليا.

وتلعب أيضاً العوامل البيئية وأنماط الحياة دوراً رئيسيًا في حدوث الأمراض أو الظواهر غير المرغوبة. فقد تبين من خلال الأبحاث العلمية، بأنه يمكن تقليل تأثير العديد من أسباب الوفيات بشكل عام من خلال التدخل في أنماط المعيشة والسلوكيات لمعظم الأفراد مثل النظام الغذائي والتدخين والتمارين الرياضية وتناول المشروبات الروحية وتناول الأدوية المخفضة للضغط. وكذلك فقد بينت الأبحاث بأنه يمكن تقليل ما نسبته 20% من أسباب الوفيات المختلفة من خلال التدخل في السيطرة على المخاطر الناتجة عن مشاكل البيئة.

أما فيما يتعلق بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية فقد أكدت الدراسات في هذا المجال بأن الفقر يقلل من احتمالية العيش لمدة طويلة بسبب ازدياد العوامل المرتبطة بالوفيات بين

الشعوب الفقيرة لاسيما ازدياد معدل وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة، وزيادة نسبة الأمراض المزمنة الخطرة.

2 ـ التاريخ الطبيعي للمرض Natural Life History

أظهرت الملاحظات المكثفة حول تاريخ المرض والمراحل التي يمر بها بأن المرض يحدث نتيجة تفاعل بين العامل المسبب والمضيف والعوامل البيئية المحيطة مما يؤدي إلى مرور المرض بالمرحلتين التاليتين:

أ ـ المرحلة الأولى: مرحلة ما قبل ظهور المرض Prepathogenesis

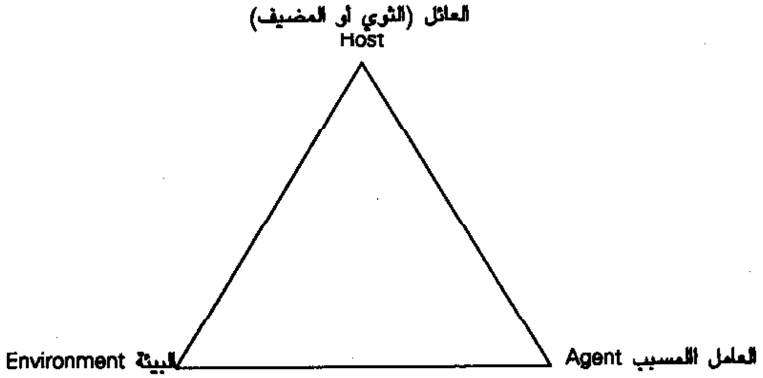
وفيها يكون التفاعل بين العوامل الثلاثة واضحاً ولكن المرض لم يظهر بعد. فمثلاً يمكن أن يكون لدى الفرد في هذه المرحلة ارتفاع في نسبة الكولستيرول بالدم، وإذا كان الفرد مدخناً، فإن التفاعل بين الكولستيرول والتدخين يزيد من احتمالية تعرض هذا الشخص لأمراض مختلفة أهمها أمراض الشرايين التاجية.

ب ـ المرحلة الثانية: مرحلة ظهور المرض Pathogenesis

وفيها يبدأ ظهور التاريخ المرضي بأخذ شكل آخر وتصبح هناك تغيرات جذرية في الأنسجة والخلايا في جسم العائل (الفرد) مما يسبب ظهور أعراض مرضية. فمثلاً يزداد تأثير التدخين وارتفاع الكولستيرول في الدم وتحدث تغيرات في الشرايين التاجية ويعاني الفرد من أعراض وعلامات مرتبطة بمرض تصلب الشرايين.

3 ـ المسببات المرضية المتعددة Multiple Causation

تؤكد هذه النظرية على أن المرض لا يحدث بسبب عامل واحد بشكل منفصل، وإنما يساهم في إحداثه تفاعل مشترك بين العامل المسبب agent وبين العائل host وبين البيئة environment بحيث تشكل هذه العوامل العناصر الثلاثة للمثلث الوبائي.



الشكل (١) المثلث الوبائي The epidemic Triange

وتركز نظرية المسببات المتعددة للمرض على أن ظهور المرض يحدث نتيجة لسلسلة مسببات وحوادث تسمى شبكة المسببات، بحيث ترتبط كل سلسلة بالأخرى حتى يظهر المرض بشكله النهائي (علامات وأعراض).

وبالرجوع إلى المثلث الوبائي، يتضح من الجدول (1) بأن العامل المسبب للمرض يكون في العادة إما عاملاً غذائيًا أو كيميائيًا أو فيزيائيًا أو عامل مُعْدياً.

أما العائل/الإنسان فهو يحدد العوامل الخاصة بالإنسان التي تزيد من قابليته وتعرّضه للمرض. وتشمل هذه العوامل العوامل الجينية والفيزيولوجية والمناعية والسلوكية.

والعنصر الأخير في المثلث الوبائي هو عامل البيئة الذي يحدد العوامل البيئية المختلفة، وتشمل عوامل بيئية فيزيائية وبيولوجية واجتماعية واقتصادية تؤثر بشكل مباشر على التفاعل بين المسبب والعائل وتتفاعل معها لتحدث المرض. هذا وسنقدم شرحاً مفصلاً عن هذا الموضوع في فصل الأمراض السارية من الوحدة الأخيرة.

الجدول (1) المسبب والعائل والبيئة التي تعمل على حدوث المرض بين الناس

المسبب	النظام الغذائي
ـ العامل الغذائي	زيادة الدهنيات أو نقص الفيتامينات
ـ العامل الفيزيائي	الإشعاع
ـ العامل الكيميائي	السموم والمبيدات
ـ العامل المعدي	الفيروس والبكتيريا
العائل (العامل الداخلي في الإنسان)	
ـ العامل الجيني	جينات ناقلة لأمراض مثل الهيموفيليا، والتلاسيميا
ـ العامل الفيزيولوجي	التعب، الإرهاق، الحمل، السمنة
ـ العامل المناعي	العدوى السابقة، أو التطعيم للمرض
ـ العامل السلوكي	النظافة الشخصية، النظام الرياضي والصحي
البيئة (العامل الخارجي)	
ـ العامل البيئي الفيزيائي	المناخ، والماء، والهواء والطبيعة
ـ العامل البيئي البيولوجي	الحيوانات والنباتات والأدوية والأغذية والحشرات
ـ العامل الاجتماعي/الاقتصادي	المؤسسات الاجتماعية والسياسية، والعادات والتقاليد، والثقافة، والعمل، والتنقل، والحروب

4 ـ مستويات الوقاية Levels of Prevention

كما ذكرنا سابقاً فإن الاهتمام الرئيسي لعلم الوبائيات هو تطوير طرائق للوقاية من الأمراض والحد من انتشارها. وبتحديد عوامل الأمراض المسبِّبة والبيئية، فإن الشخص

العامل في علم الوبائيات يستطيع معرفة مجموعات الناس المعرضة للخطر، وعليه يقوم بتطوير الطرائق التي تساعده في منع حدوث المرض. وسنقدم شرحاً تفصيليًا عن مستويات الوقاية في الفصل الخامس ضمن موضوع تعزيز الصحة. وتشمل هذه العملية استخدام النشاط الوقائي المتمثل في ثلاثة مستويات، هي:

- المستوى الأول للوقاية Primary Prevention

ويتناسب استخدام هذا المستوى مع مرحلة تعرّض الأفراد للأمراض فيتم منع حدوث المرض من خلال النشاطات المختلفة التي تهدف إلى تقليل تعرض الأفراد إلى الظروف المسببة للمرض، مثل إعطاء التطعيم والتركيز على نظافة البيئة المحيطة.

- المستوى الثاني للوقاية Secondary Prevention

ويتناسب استخدامه مع مرحلة المرض المبكر ومرحلة بدء ظهور الأعراض. ويتم من خلال هذا المستوى الاكتشاف المبكر للمرض ومعالجته بحيث لا يتطور، مثل اكتشاف انخفاض مستوى هيموغلوبين الدم لدى الأم الحامل والبدء بإعطائها مقويات الحديد.

- المستوى الثالث للوقاية Tertiary Prevention

ويتناسب استخدام هذا المستوى مع المرحلة المتطورة لظهور المرض أو الإعاقة. وتهدف النشاطات في هذا المستوى إلى مساعدة الفرد في العيش مع المرض المزمن أو الإعاقة من خلال عملية التأهيل والتكيّف مع المرض. مثال ذلك تكيف مرضى السكري والضغط والسرطان مع المرض لفترة طويلة.

5 ـ المعدلات الحيوية: Vital Rates

إن أبسط طريقة مستخدمة لتعداد الأفراد المصابين بمرض ما هو إعطاء الرقم المطلق الذي يصف عدد السكان المصابين. وفي علم الوبائيات يتم التركيز على استخدام تعبير «المعدل» Rate. ويتطلب احتساب المعدل توفر: عدد المصابين بمرض أو ظاهرة ما، وعدد السكان الكلي المعرضين وتحديد فترة زمنية محددة. وأهم المعدلات المستخدمة هما: معدل حدوث المرض ومعدل انتشار المرض.

- معدل وقوع المرض (المراضة): Incidence Rate

ويحدد فئة السكان المعرَّضة للمرض في فترة زمنية محددة، ويحسب كما يلي:

$$\text{معدل وقوع المرض} = \frac{\text{عدد الحالات المرضية الجديدة المسجلة خلال فترة محددة من الزمن}}{\text{العدد الكلي للسكان المعرضين لحدوث المرض}} \times 1000$$

- معدل الانتشار: Prevalence Rate

ويحدد العدد الكلي من الحالات المرضية المتواجدة في وقت محدد من الزمن (ويشمل جميع الحالات الجديدة والقديمة)، ويحسب كما يلي:

$$\text{معدل الانتشار} = \frac{\text{عدد الحالات المرضية (القديمة والجديدة) المتواجدة خلال وقت زمني محدد}}{\text{العدد الكلي للسكان في المجموعة المعرضة}} \times 1000$$

ويتبين من احتساب المعدلين بأن معدل الانتشار يعتمد بدرجة مباشرة على معدل حدوث المرض (المراضة) والمدة الزمنية التي تواجد المرض خلالها عند السكان (فترة تواجد المرض). وعليه يكون معدل انتشار الأمراض الحادة منخفضاً بينما يكون نفس المعدل مرتفعاً للأمراض المزمنة.

وهناك العديد من المعدلات الأخرى التي لا يتسع المكان في هذا الفصل لعرضها جميعاً. ويوضح الجدول (2) أمثلة لكيفية احتساب بعض هذه المعدلات.

الجدول (2) المعدلات الاكثر شيوعاً في علم الوبائيات

1ـ معدل الولادة الخام =

$$\frac{\text{العدد الكلي للمواليد الأحياء}}{\text{العدد الكلي للسكان}} \times 1000$$

2 ـ معدل الخصوبة =

$$\frac{\text{العدد الكلي للمواليد الأحياء}}{\text{عدد الأمهات في عمر (15-44) سنة}} \times 1000$$

3 ـ معدل الوفيات الخام =

$$\frac{\text{العدد الكلي للوفيات خلال سنة}}{\text{العدد الكلي للسكان (خلال فترة 1/2 عام)}} \times 1000$$

4 ـ معدل الوفيات الخام المرتبط بسبب محدد =

$$\frac{\text{عدد الوفيات بسبب محدد خلال سنة}}{\text{العدد الكلي للسكان (خلال فترة 1/2 عام)}} \times 1000$$

5 ـ معدل الوفيات المرتبط بحالة مرضية معينة =

$$\frac{\text{عدد الوفيات الناجمة عن التعرض لحالة مرضية معينة}}{\text{العدد الكلي للمصابين بهذا المرض (الحالة)}} \times 1000$$

6 ـ معدل الوفيات المرتبط بالمولود الجنين =

عدد الوفيات المسجلة للجنين خلال السنة (من 20-28 اسبوعاً من الحمل)
——————————— 1,000 X
العدد الكلي للمواليد الاحياء + عدد وفيات الاجنة خلال السنة

7 ـ معدل وفيات حديثي الولادة (دون سن 28 يوماً) =

عدد الوفيات المسجلة للأطفال خلال سنة (من الولادة وحتى 28 يوماً بعد الولادة)
——————————— 1,000 X
العدد الكلي للمواليد الاحياء في نفس السنة

8 ـ معدل وفيات الأطفال دون السنة =

عدد الوفيات المسجلة للأطفال خلال سنة (من الولادة وحتى سنة من العمر)
——————————— 1,000 X
العدد الكلي للمواليد الاحياء في نفس السنة

9 ـ معدل وفيات الأمهات =

عدد الوفيات من الامهات المرتبطة بأسباب متعلقة بالحمل والولادة والنفاس خلال سنة
——————————— 1,000 X
العدد الكلي للمواليد الاحياء في نفس السنة

6 ـ الاستقصاء المبكر (التحرّي) Early Screening

وهو التعريف المبدئي للحالات المرضية أو الإعاقات غير المعروفة من خلال استخدام اختبارات أو أدوات أو إجراءات سريعة تهدف إلى التمييز بين السكان الظاهرين بأنهم في وضع صحي طبيعي ولكن قد يكونون حاملين لمرض ما، وبين السكان الذين لا يحملون هذا المرض.

وتعتبر اختبارات الاستقصاء المبكر بأنها الخطوة المبدئية الأولى للتشخيص. بعبارة أخرى، تحوّل جميع الحالات الإيجابية من عملية الاستقصاء إلى الطبيب لإجراء فحوصات تشخيصية محددة للتأكد من النتيجة الإيجابية للاستقصاء.

ويتم تقييم الأداة المخصصة للاستقصاء من خلال مفهومي المصداقية والثبات. أما المصداقية فهي درجة قياس الأداة لما تم استحداثها لقياسه. وتتميز بعنصرين: الحساسية الإيجابية والحساسية السلبية. فبينما تركز الأولى (الإيجابية) على مقدرة الأداة على تمييز الأشخاص الذين لديهم المرض بشكل صحيح، تركز الثانية (السلبية) على مقدرة الأداة على تحديد الأفراد الذين ليس لديهم المرض بشكل صحيح. والأداة المثالية هي التي تتميز بدرجة 100% حساسية إيجابية و100% حساسية سلبية.

وأما الثبات، فهو مقدرة الأداة على إعطاء نتائج ثابتة وبشكل مستمر عند تطبيقها

على نفس الأشخاص تحت نفس الظروف لأكثر من مرة. وتتأثر درجة الثبات بعاملين: الأول يتعلق بالاختلافات الحاصلة أثناء استخدام الأداة، بحيث يتم استخدام أداة مختلفة عند إجراء القياس للمرة الثانية. ويتعلق العامل الثاني باختلافات الأفراد الذين يستخدمون الأداة، فيكون هناك أكثر من شخص يستخدم نفس الأداة، ولكن بطريقة وأسلوب مختلفين عن الآخر.

7 ـ العلاقة بين الشخص والمكان والزمان Person-Place-Time Relationships

إن الدراسات الدقيقة التي تهتم بتوضيح العلاقة بين الفرد والمكان والزمان لحدوث المرض تعتبر ذات أهمية خاصة لممرض صحة المجتمع. وتحقق الدراسات التي تجري ضمن علم الوبائيات هذا الهدف. فهي تهتم بتحديد الأشخاص المصابين أو المعرضين للمرض (الشخص) وكذلك مكان انتشار المرض (المكان)، وأيضاً الوقت أو الفترة الزمنية المرتبطة بحدوث المرض (الزمان). ويوضح الجدول (3) الخصائص الأكثر شيوعاً والمرتبطة بهذه العوامل.

الجدول (3) العوامل الوبائية وخصائصها

1 ـ الشخص Person أو الأفراد والمجموعات Demography	ـ العمر، والجنس، واللون، وتوزيع كل منهم بين فئات الناس. ـ الحالة الاجتماعية والاقتصادية والعمل والتعليم. ـ المقاومة المكتسبة ودرجة التعرض. ـ التاريخ الصحي والوراثي.
2 ـ المكان Place التوزيع الجغرافي Geography	ـ البيئة الفيزيائية: الطقس، والمناخ، والإشعاع، والضجيج، ومخلفات الحيوانات، والملوثات، والأخطار في مكان العمل، ومصدر الماء والهواء والطعام الملوث. ـ البيئة الاجتماعية: كثافة السكان وتنقلهم والمجموعات في المجتمع وأدوارهم، والمعتقدات والاتجاهات السائدة، والمواصلات، والنشاطات التعليمية والنظام الصحي السائد. ـ البيئة الاقتصادية: مصادر الدخل، ومستوى الدخل والحالة الوظيفية والضغوطات في العمل، وكميات الدخل المخصصة للغذاء والسكن والحاجات الرئيسية الأخرى. ـ البيئة العائلية: تاريخ العائلة وديناميكية العائلة، والاستراتيجيات المستخدمة لتخفيف الضغوطات النفسية، وأعداد وأوقات حدوث المشاكل الرئيسية للعائلة، والجو العائلي والأنماط الثقافية.

علاقة علم الوبائيات بتمريض صحة المجتمع
Epidemiology And Community Health Nursing

يلعب علم الوبائيات دوراً رئيسيًا في المراحل المختلفة التي يستخدمها ممرض صحة المجتمع ضمن خطوات العملية التمريضية - التقييم، والتشخيص، والتخطيط، والتنفيذ، والتقييم. فيستطيع الممرض من خلال مرحلة التقييم أن يحدد بعضاً من الخصائص الديموغرافية للسكان التي لها علاقة بحدوث المرض مثل العمر، والجنس، واللون، والدخل، والتعليم، والسلوك الشخصي، ويحدّد أهمية كل منها لدى الشخص المحدد أو مجموعة الأفراد في حدوث المرض. كذلك تعتبر المعدلات الحيوية المختلفة، مثل معدل وفيات الأطفال، ومعدل الوفيات المرتبط بسبب محدّد، ومعدل حدوث الأمراض، ومعدل الانتشار، من الأدوات الرئيسة التي يحتاجها ممرض صحة المجتمع في تقييمه للمجتمع ككل. ومن خلال عملية التقييم الدقيقة يستطيع ممرض صحة المجتمع تحديد المشاكل الرئيسية التي يعاني منها الأفراد في المجتمع (التشخيص) ومن ثم يستطيع التخطيط لعمليات التدخل وتخفيف هذه المشاكل.

ويستخدم ممرض صحة المجتمع المبادىء الوبائية الأساسية في عملية التشخيص والتخطيط كما يلي:

1 - يحلل المعلومات ويدرسها من منطلق انتشار المرض والصحة بين الأفراد؛

2 - يحدد عوامل الخطر والمجموعات المعرضة للخطر وكذلك تصرفات وسلوكيات الأفراد المرتبطة بالخطر؛

3 - يحدد الطرائق والأساليب التمريضية المناسبة من أجل استخدامها لتحقيق الأهداف الرئيسية الموضوعة للمستفيدين.

كذلك يستفيد ممرض صحة المجتمع من دراسة الخصائص الديموغرافية للأفراد والمجموعات في المجتمع لتحديد استراتيجيات لتطبيق الخطط التمريضية المناسبة التي تمكّن الناس من مختلف الفئات والمستويات من تقبلها والتعامل معها، ويساعد في ذلك دمج معرفة ممرض صحة المجتمع لهذه المعلومات مع ما يلاحظه من سلوكيات وتصرفات للأفراد ذات تأثير مباشر على صحتهم.

وتكمن عملية التحليل الوبائي في أنها الطريقة المثلى التي يمكن استخدامها من قبل ممرض صحة المجتمع لتقييم برنامج صحي معين. فمن خلال رصد ومراقبة جميع الحالات والمشاكل الصحية، يساهم ممرض صحة المجتمع في المكافحة على مستوى المجتمع ككل. فعلى سبيل المثال، لكي يستطيع ممرض صحة المجتمع التعامل مع مشكلة مرض الإيدز من خلال البرامج التثقيفية الوقائية، وتحديد مصادر الدعم والموارد اللازمة للأفراد، لا بد له من أن يستخدم المبادىء الوبائية الأساسية في تحديد حجم المشكلة ومعرفة المجموعات المعرضة وخصائصهم وكذلك طرائق العلاجات المستخدمة.

أسئلة ونشاطات

1 ـ عرّف علم الوبائيات واذكر مدى تشابه المعنى مع العملية التمريضية.

2 ـ اشرح المفاهيم التالية، مع إعطاء أمثلة:

أ ـ المثلث الوبائي

ب ـ المعدل الحيوي

ج ـ المستوى الوقائي

3 ـ وضّح دور ممرض صحة المجتمع في استخدام المفاهيم الوبائية في خدمة المجتمع.

مراجع للاستزادة

(1) Stone, C. et al., Basic Epidemiological Methods & Biostatics: A work Book Monterey, Calif: Books/Cole, (1992).

(2) Mausner, J.S. Bahn, A.K., Epidemiology: An Introductory Text. Philadelphia: Saunders, (1974).

(3) Macmahon, B. Pugh, T., Epidemiology Principles Methods, Boston, MA. (1970).

(4) Stone, et al., Comprehensive Community Health Nursing. Mosby, N.Y, (1995).

(5) Catz, David, L., Epidemiology Biostatistics Preventive medicine. Saunders Text Review Series. (1997).

(6) Spradley, B.W. Allender J.A., Community Health Nursing. Concepts Practice. fourth ed. Lippincott. (1996).

(7) Swanson, J. Albrecht, M., Community Health Nursing. Promoting the Health of Aggregates, W.B. Saunders Comp. (1993).

الفصل الثالث

العملية التمريضية في مجال صحة المجتمع

العملية التمريضية

هي أداة أو دليل مرشد وأساسي ضروري لمهارات التمريض لمعاونة الممرض للوصول إلى الرعاية التمريضية الممتازة. ولو استخدمت على الوجه الأكمل فإنها سوف تكون مرشداً فعالاً لممرض صحة المجتمع الذي يعتمد على قراره في الحكم على الأشياء. وتختلف العملية التمريضية عن تمريض المجتمع في أنها تركز على المشاكل المتعلقة بتعزيز الصحة والعافية والوقاية أكثر من المشاكل المتعلقة بالمرض، كما أنها تستخدم مع المستفيد سواء كان الفرد، أو الأسرة، أو المجتمع.

الأهداف

بعد الانتهاء من هذا الفصل يكون القارىء قادراً على:

1 ـ تعريف العملية التمريضية؛

2 ـ شرح أهمية العملية التمريضية بالنسبة للممرض والمستفيد؛

3 ـ تحليل خطوات العملية التمريضية؛

4 ـ التفريق بين طرق جمع المعلومات؛

5 ـ شرح عنصر التشخيص التمريضي؛

6 ـ مناقشة مفهوم التخطيط ـ التنفيذ وتقييم العملية التمريضية.

تعريف العملية التمريضية Nursing Process

دليل نظامي لتحديد مشاكل المستفيد وتخطيط وتنفيذ الخطة التمريضية التي تساعد على حل المشاكل والتقييم لمعرفة إلى أي مدى كانت مفيدة في حل مشاكل أو احتياجات المستفيد.

أهمية العملية التمريضية

العملية التمريضية مهمة بالنسبة للممرض والمستفيد لأنها:

1 ـ تمدّ الممرض بالثقة لتحديد مشاكل المستفيد وزمن وكيفية الوصول إلى تحقيق الأهداف لحل مشاكله؛

2 ـ توفّر الجهد والوقت والصراع الذي يحدث أثناء المحاولة والخطأ من مجمل هيئة التمريض بمختلف مستوياتهم أثناء تقديم الرعاية التمريضية؛

3 ـ تحسّن كفاءة الممرض في وضع خطة تمريضية لرعاية المريض وذلك من خلال مشاركة وتبادل الخبرات والمعلومات المختلفة للممرض؛

4 ـ تمنع الازدواج الذي يحدث في الاستخدام غير الضروري للإمكانات والمصادر اللازمة لتقديم الرعاية التمريضية؛

5 ـ تؤمن مشاركة المستفيد في تحديد خطة الرعاية التمريضية، وهذا يعطيه الشعور بالقدرة على حل مشاكله ويقنعه أيضاً بنتيجة خطة الرعاية وبهذا تتحسن حالته.

خطوات العملية التمريضية

أولاً ـ التقييم Assessment

تشمل عملية التقييم في صحة المجتمع جمع البيانات وتفسيرها وتحديد الاحتياجات اللازمة للمستفيد الفرد أو الأسرة أو المجتمع.

1 ـ جمع البيانات عن الفرد:

جمع البيانات هو الجزء الهام من العملية التمريضية. وهناك استمارة خاصة تساعد في جمع هذه المعلومات بطريقة مقننة. يستمر جمع البيانات أثناء مدة الرعاية بين الممرض والمستفيد الفرد وتكون ذات أهمية في التعرف على المشكلة. وغالباً ما يقوم ممرض صحة المجتمع بجمع معلومات عن الفرد السليم والمريض في المنزل والمدرسة وفي المصنع، ويشمل ذلك ما يلي:

(أ) الحالة الجسمية للفرد Physical Condition

لجمع المعلومات عن الحالة (البدنية) الجسمية يجب أن يبدأ الفحص من الرأس نزولاً إلى الأسفل. ومن المهم أن يكون الممرض دقيقاً في وصف العلامات غير الطبيعية أو الخاصة التي يجدها. وخلال فحص الجسم تتاح الفرصة للممرض لتطبيق مهارة الملاحظة التي لها أهمية أيضاً في تقدير الحالة النفسية للشخص. فمثلاً، يتضمن جمع المعلومات من الرأس حالة الشعر، والعينين، الفم، الأذنين... إلخ. هذا إلى جانب ملاحظة كل عضو للتعرف على عمل الأجهزة الجسمية المختلفة مثل الجهاز العصبي وجهاز الدوران الذي يلاحظ عن طريق لون الجلد ودرجة حرارته. ويعتبر المظهر العام للشخص وبيئته جزءاً من جمع المعلومات، فهو يساعد الممرض على التشخيص التمريضي الدقيق، مثال ذلك العناية بنظافة الجسم، الملبس، المنزل... الخ. وهذه المعلومات ربما تخبر الممرض بكثير من المعلومات التي لا يرغب الفرد في أن يفصح عنها. هذا بالإضافة إلى أخذ التاريخ الصحي والمرضي من المستفيد نفسه.

(ب) الحالة العقلية والعاطفية Mental and Emotional Condition

يجب أن تجمع وتسجل البيانات العقلية والعاطفية في كل مرة يرى فيها الممرض المستفيد وأسرته، وتقارن هذه المعلومات بالمقاييس المقننة والنظريات المعروفة. وينبغي على الممرض أن يعرف كيف يستطيع المريض إشباع احتياجاته ـ وإلى أي مدى يعتمد على وسائله الدفاعية وكيف يستخدمها أو يكبتها ـ كما أن عليه أن يتعرف أيضاً إلى مخاوف المريض وأن يكون قادراً على استخدام طريقة المقابلة الشخصية لجمع المعلومات.

(ج) الحالة الاجتماعية Social Condition

يختص الجزء الثالث من جمع المعلومات بجمع البيانات الخاصة عن الحالة الاجتماعية للفرد في الأسرة.

2 ـ جمع البيانات عن الأسرة:

إذا كنا نتعامل مع الأسرة علينا أن نجمع المعلومات ونقيّمها كما يلي:

- المعلومات المدونة عن الأسرة مثل الأعمار المختلفة، أفراد الأسرة، الجنس، الحالة الاجتماعية، والديانة، التاريخ الثقافي للأسرة، معلومات عن الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة.
- بيئة الأسرة وتشمل مكان الإقامة، والأقارب والجيران وعلاقتها بالأسرة.
- بنية الأسرة: تحديد دور كل فرد ووظيفته في الأسرة، القيم والأخلاق، الشخص المسيطر في الأسرة.
- العملية الأسرية: العلاقات الأسرية، أسلوب اتخاذ القرار وحل المشاكل.
- مدى تكيف الأسرة: الصراعات، متغيرات الحياة، قواعد تقبل السلوكيات المختلفة، مدى الرضا بالحياة.
- السلوك الصحي للأسرة: التاريخ الصحي للأسرة، الحالة الصحية، الأنشطة اليومية، المعتقدات الصحية، الرعاية الذاتية، إمكانية الرعاية الصحية التي تستخدمها الأسرة ومصادرها.

ويجب على الممرّض أيضاً التعرف على الحالة العامة للأسرة مثل نوعها، إن كان يسهل التعامل معها، أو أسرة عصبية أو أسرة مدمنة. يستخدم الممرض مهارة الملاحظة والتحليل والتفسير لكي ينتقل بهذه المعلومات إلى ما هو مقصود أو ما تعنيه بالنسبة للمريض. وهناك شرح أكثر تفصيلاً عن تقييم الأسرة في الفصل الثاني من الوحدة الخامسة.

ويشمل الملحق رقم (1) (ص 82) استمارة يمكن أن تستخدم في جمع المعلومات عن الأسرة.

3 ـ جمع البيانات عن المجتمع:

إذا كان المستفيد هو المجتمع فإن جمع المعلومات يجب أن يشمل:

- معلومات عن مواصفات المجتمع من حيث المكان، المناخ، الكثافة السكانية وأي تغييرات بالمجتمع؛
- معلومات عن سكان المجتمع وتشمل عدد السكان، بيانات ديموغرافية مثل توزيع الأعمار، توزيع الجنس والسلالة، الديانة والمعلومات الاجتماعية والاقتصادية للسكان بالمجتمع؛
- المعلومات البيئية مثل نظافة المنازل والتي تشمل المياه الصحية، المجاري، التخلص من الفضلات؛
- معلومات عن العادات والتقاليد والقيم بالمجتمع، استخدام الطب الشعبي؛
- معلومات عن احتياجات المجتمع وأهدافه، طرق حل المشاكل، القيادات والشخصيات التي لها دور مؤثر بالمجتمع، المشاركة الإيجابية للمجتمع في تحديد المشاكل الصحية؛
- معلومات عن الأجهزة الصحية المختلفة مثل مدى حدوث وانتشار الأمراض الشائعة، أسباب الوفاة، الخدمات الصحية مثل عدد المستشفيات، أنواع الخدمات الصحية، الخدمات الصحية في المدارس والمصانع. ويوجد شرح تفصيلي عن تقييم المستفيد المجتمع في الفصل الثالث من الوحدة الثالثة.

تحليل البيانات

بعد تجميع المعلومات وتكملة الناقص منها ومراجعتها للتأكد من شموليتها، يبدأ الممرض في التحليل، وهي عملية دراسة المعلومات لتحديد الاحتياجات والمشاكل. ويجب أن يحدد الممرض العلاقات الطبيعية وغير الطبيعية ومواطن القوة والضعف لدى المستفيد وإمكاناته التي تؤثر على حالته الصحية، ويوضّح العلاقات بين المعلومات المختلفة عن المستفيد، وكل هذا يساعد في تحديد التشخيص التمريضي.

ثانياً ـ التشخيص التمريضي Nursing Diagnosis

هو تحديد المشكلات والاختلالات والحاجات الصحية عند الفرد والأسرة والمجتمع، حيث يستطيع الممرض بحكم دراسته وخبرته العلمية والعملية القيام بالإجراءات التي تمنع حصول هذه الأمور أو تقلّل من حجمها أو ترفع المستوى الصحي عند الفرد أو الأسرة أو المجتمع. عند صياغة التشخيص التمريضي لا بد من ذكر العوامل المؤدية للمشكلة أو الاختلال أو الحاجة ومجموعة الدلالات على وجود المشكلة. وقد تكون العوامل المؤدية للمشكلة أو الاختلال عوامل فيزيولوجية أو نفسية أو اجتماعية أو غير ذلك. ويعمل

الممرض على إزالة أو حل المشكلة عند المريض. وتمر عملية التشخيص التمريضي في عدة خطوات هي:

1 ـ تحليل المعلومات التي جمعت. ويتم ذلك بتدقيق وتحليل المعلومات وتنظيمها ووضعها في نماذج ومقارنتها بالمعايير الصحية الطبيعية. ويتم تحديد مشكلات/احتياجات المستفيد، حيث يعتمد الممرض في ذلك على خبرته ومعرفته العلمية واستعمال التفكير والتحليل الناقد لإنجاز هذه الخطوة.

مثال:

معلومات منظمة: فتاة عمرها 20 سنة، وضعت حديثاً طفلاً لأول مرة، تسأل عدة أسئلة عن كيفية الرضاعة الطبيعية، وتبكي، وترفض إرضاع طفلها من ثدييها.

المعايير الطبيعية: الرضاعة الطبيعية سلوك طبيعي للأم المرضع، يجب إعداد الأم لذلك.

الاستنتاج: قلق نفسي، عجز معرفي.

2 ـ تحديد المشكلات/الاحتياجات: هناك عدة أنواع من المشكلات/ الاحتياجات منها:

(أ) التشخيص التمريضي الواقع actual. وهو المشكلات والاختلالات والحاجات الصحية التي يعاني منها المستفيد في الوقت الحاضر. ويمكن تحديد علاماتها ودلالاتها وكذلك العوامل المؤدية لها، وفي هذه الحالة تكتب من ثلاثة مقاطع كما يلي:

المشكلة + العوامل المؤدية (Related to: RT) + الدلالات
(As Manifested by: AMB)

قلق نفسي	متصل بـ	عجز معرفي بالرضاعة الطبيعية	مستدل عليه
مشكلة		عامل مؤدٍّ مسبب	(AMB)

يبين هذا المثال مراحل التشخيص التمريضي عن طريق السؤال عن كيفية الرضاعة وسبب البكاء ورفض محاولة إرضاع الطفل.

(ب) التشخيص التمريضي عالي الخطورة high risk. وهو مجموعة المشكلات/ الاختلالات أو الحاجات التي لا يعاني منها المستفيد في الوقت الحاضر ولكنها محتملة الوقوع وذلك لوجود عوامل من شأنها المساعدة على حصول مثل هذه المشكلات. وفي هذه الحالة تكتب المشكلة من مقطعين كما يلي:

المشكلة + العوامل المؤدية

احتمال قرحة الضغط	(متصلة بـ)	الشلل السفلي
مشكلة		

المشكلة المحتمل وقوعها: قرحة انضغاطية Pressure Sore

بتحديد المشكلات/الاحتياجات المحتملة الوقوع فإنه يتم وضع خطة الرعاية التمريضية اللازمة لتفادي حدوث هذه المشكلات وذلك بمعالجة الأسباب/العوامل المساعدة لحدوثها.

(ج) التشخيص التمريضي الصحي. وهو التشخيص المقصود به رفع المستوى الصحي Wellness عند الفرد والأسرة والمجتمع. وفي هذه الحالة لا يكون هناك مشكلة أو اختلال أو عوامل مساعدة عليها، لكن قد يكون هناك حاجة لرفع المستوى الصحي عند الفرد أو الأسرة. وفي هذه الحالة يكتب التشخيص التمريضي من مقطع واحد كما يلي:

تعميق أساليب تنشئة الطفل

ففي هذا المثال يكون الأبوان على مستوى ثقافي جيد ويقومان بتنشئة جيدة للطفل، لكن الممرض يريد تعميق الأساليب الحديثة المستخدمة عند العائلة.

3 ـ تحديد الأسباب/العوامل المسببة للمشكلة/الحاجة وقد تكون أسباب أو عوامل فيزيولوجية، أو اجتماعية، أو طبية، أو جنسية، أو دينية. فمن خلال معرفة الأسباب والعوامل المسببة يضع الممرض خطة الرعاية التمريضية التي تتركز على إزالة السبب أو العامل المسبب للمشكلة وعلى حل المشكلة نفسها، وأحياناً يصعب تحديد السبب المباشر وإنما يتم تحديد العامل المساعد أو السبب غير المباشر.

مثال:

معلومات منظمة: رجل عمره 55 سنة، فاقد الوعي، لديه شلل سفلي، درجة حرارته 36°م.

المعايير الطبيعية: الشخص السليم يكون واعياً، وقادراً على الحركة ودرجة حرارته 37 °م.

4 ـ استنتاج التشخيص التمريضي: هو صياغة المشكلة/الحاجة مع العوامل المؤدية والاستدلالات باستعمال المصطلحات الفنية المعترف بها للتشخيص التمريضي. وتعتمد صياغة التشخيص على نوع المشكلة/الحاجة، فإذا كانت المشكلة واقعة أصبح التشخيص التمريضي واقعاً وإذا كانت المشكلة محتملة الوقوع، يُصاغ التشخيص التمريضي بصيغة عالي الخطورة. وقد انبثقت المصطلحات الفنية المعترف بها للتشخيص التمريضي في سنة 1973 أثناء انعقاد مؤتمر التشخيص التمريضي لأمريكا الشمالية المعروفة بـ (NANDA). وتنحصر مسئولية هذه الجمعية في إصدار تصنيف التشخيص التمريضي ومراجعته كل عامين.

5 ـ تدوين التشخيص التمريضي: هناك ثلاث طرق لتدوين التشخيص التمريضي

أ ـ الأولى: وفيها تكتب المشكلة من ثلاثة مقاطع: مصطلح المشكلة + متصل بـ + العلامات والأعراض. وهذه الطريقة تستخدم للمشاكل الواقعة (actual).

مثال على تشخيص تمريضي واقع:

قلق نفسي متصل بعجز معرفي مستدل عليه عن طريق البكاء

ب ـ الثانية: مصطلح المشكلة + متصل بـ . وتستخدم هذه الطريقة للمشاكل المتوقعة العالية الخطورة. مثال على تشخيص تمريضي عالي الخطورة:

خطورة عالية لوقوع إمساك قولوني متصل باستعمال مستمر للمليِّنات

ج ـ الثالثة: مصطلح المشكلة فقط. وتستخدم هذه الطريقة لرفع المستوى الصحي (Wellness)

ثالثاً ـ التخطيط Planning

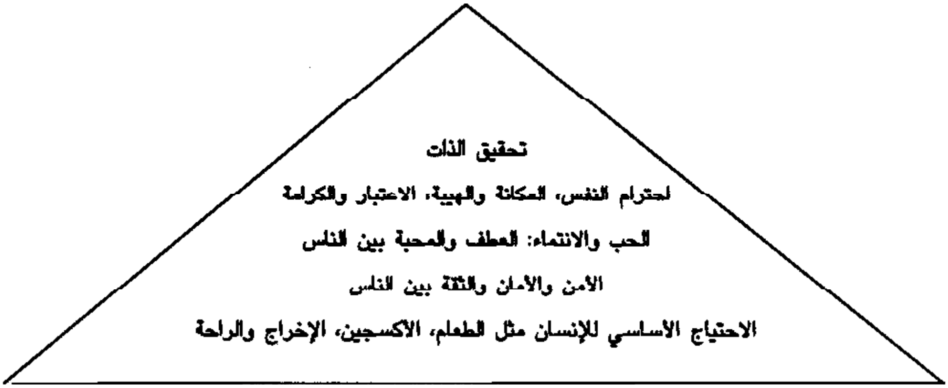
تتألف مرحلة التخطيط من ثلاث خطوات

أ ـ تحديد الأولويات Priorities

يحدد كل من الممرض والمستفيد معاً أي مشكلة ينبغي البدء في حلها أولاً، وأي مشكلة يمكن تأخيرها. وهذا يعود إلى ما إذا كانت الأولويات مرتفعة، ومتوسطة أو صغيرة.

مثال لذلك تعطى رعاية تمريضية للمشاكل التي تهدد حياة المستفيد إلى أن تستقر ويبدأ بعد ذلك في وضع خطة تمريضية للمشكلة الأقل خطراً. ووضع الأولويات للفرد والأسرة مبني على معايير مثل: 1) مدى خطورة المشكلة وتهديدها للحياة. 2) مدى إمكانية الأسرة والمجتمع على حل المشكلة. 3) إدراك الفرد والأسرة للمشكلة. 4) عادات وتقاليد وثقافة المستفيد. 5) الدوافع لحل المشكلة.

ولوضع أولويات الرعاية التمريضية، يستطيع الممرض أن يستعين بهرم ماسلو للحاجات Maslow's Hierarchy of Needs، حيث يدعو هذا الهرم، وكما هو موضح في الشكل (1)، إلى إشباع الفرد بالاحتياجات الأساسية أولاً (الاحتياج المرتفع) ثم يليه الأمن والأمان إلى أن يصل إلى الاحتياج المنخفض وهو التوصل إلى تحقيق الذات.



الشكل رقم (1)

ب ـ وضع الأهداف المرجوة: Establishing Outcomes

هي النتيجة المحددة التي يأمل الممرض تحقيقها مع المستفيد والتي تهدف إلى حل المشكلة التي تم تحديدها في التشخيص التمريضي. فيساعد توضيح الهدف الممرض في تقييم نجاح خطة الرعاية، وهذا يشجع الممرض في تحقيق أهداف أكثر وأكبر. تأتي هذه الخطوة لتحديد النتائج المتوقعة أو المرغوبة بناء على المشكلة التي تم تحديدها من خلال التشخيص التمريضي. ويجب أن تكون هذه الأهداف سهلة القياس ومتوقعة وتركز على المستفيد (الفرد، العائلة أو المجتمع) وأن تكون قابلة للتحقيق ضمن فترة زمنية محددة. وتكمن أهمية كتابة الأهداف المرجوة في كونها مؤشراً أو دليلاً يخبر الممرض والمستفيد معاً أنهما يسيران في الاتجاه الصحيح لتحقيق الهدف.

ويجب مراعاة النقاط التالية عند كتابة الأهداف أو النتائج المتوقعة:

- أن يكون المستفيد (الفرد أو العائلة أو المجتمع) محور العملية التمريضية برمّتها؛
- أن تكون الأهداف أو النتائج المتوقعة مرتبطة بالتشخيص التمريضي؛
- أن يشارك المستفيد (الفرد أو العائلة أو المجتمع) بوضع هذه الأهداف أو النتائج المتوقعة وأن تكون مقبولة لديه حتى تضمن تعاونه والتزامه؛
- أن تكون هذه الأهداف ذات صفة سلوكية بحيث يتم قياسها وملاحظة نتائجها. ويتم ذلك باختيار أفعال خاصة يمكن قياسها مثل (يعرف، يصف، يطبق، يربط، يعدد، يشارك.. إلخ).

مثال:

في نهاية التثقيف الصحي يكون المستفيد قادراً على تحديد الأغذية المسموح بها للمصاب بارتفاع ضغط الدم بدون أخطاء.

ج ـ تدخلات التمريض Nursing Intervention

هي الأنشطة التمريضية التي تحدَّد لكل تشخيص تمريضي لمساعدة المستفيد في تحقيق الهدف، ويتم تنفيذ هذه الأنشطة بواسطة الممرضين بمختلف مستوياتهم العلمية. مثال للأنشطة التمريضية: التثقيف الصحي، إعطاء المشورة، التحويل إلى خدمة صحية أخرى، الرعاية التمريضية، متابعة المريض بالمنزل، أنشطة للوقاية من المشاكل الصحية الناتجة عن قلة الحركة مثل تقليب المريض، الغيار على الجروح، التغذية، شفط الإفرازات، التمارين الرياضية. وتستخدم خطة الرعاية التمريضية لتنظيم التخطيط حيث تعرف على أنها مجموعة خطوات وأعمال تمريضية يقوم الممرض بإتمامها في وقت وأسلوب معيَّنين وتحت ظروف وإمكانات محددة حتى يمكن أن تحقق الهدف المرجو وتعطي النتائج المطلوبة في النهاية. والخطة ليست عملاً جامداً لا يمكن تغييره، فإذا اكتشفنا أثناء التنفيذ أن هناك عوائق فلابد من التغيير لتحقيق المطلوب. تنشأ خطة الرعاية التمريضية للفرد والأسرة في المستشفى والمنزل والمدرسة والمصنع مستخدمة خطوات حل المشاكل واتخاذ القرار. وتبنى الرعاية التمريضية على تعزيز الصحة والمحافظة عليها وأيضاً الوقاية من المرض والأذى.

أما مزايا الخطة التمريضية فهي:

- تساعد على توفير الوقت والجهد؛
- تساعد في معالجة المشاكل (الجسمانية والنفسية والاجتماعية) قبل حدوثها؛
- تساعد على تركيز الانتباه على الأهداف المطلوبة.

رابعاً ـ تنفيذ الخطة Implementation

في هذه المرحلة من العملية التمريضية، يتم التركيز على عمل الممرض مع المستفيد مباشرة عن طريق تطبيق خطة الرعاية التمريضية المطلوبة لكل فرد من أفراد الأسرة أو المجتمع ككل، كل حسب احتياجاته ومشاكله. وأثناء التنفيذ يجب التحقق من صحة خطة الرعاية (هل هي خطة معقولة وآمنة وتبين كفاءة الرعاية التمريضية). ومن مسئولية الممرض أيضاً أن يسجل الأنشطة التمريضية ومدى استجابة المستفيد لها، وهذا يساعده في إضافة معلومات أخرى لمراجعة وتحديد خطة الرعاية إذا تغيرت حالة المستفيد. ونرى هنا أن المستفيد يشارك الممرض في تنفيذ خطة العناية. ويجب على الممرض أن يكون مرناً في اختيار الأولويات لحل مشكلة المستفيد وأسرته ومساعدته في تفهم وتقبل الرعاية التمريضية لتعزيز الصحة والوقاية من المشاكل الصحية.

وثمة ثلاثة تدخُّلات للتنفيذ:

أ ـ تدخل تمريضي إحلالي Supplemental Intervention: ويعني تقديم الرعاية التمريضية للمستفيد حيث إنه لا يستطيع تنفيذها بنفسه، مثل تقديم الرعاية التمريضية لحديثي الولادة، التطعيم في المركز، مساعدة الأسر أثناء الكوارث.

ب ـ تدخل تمريضي تسهيلي Facilitative Intervention: ومعناه إزالة العقبات أثناء تقديم الرعاية التمريضية، مثل العقبات الاقتصادية، حيث يمكن تقديم الخدمات الطبية مع مراعاة التخفيض في تكاليف العلاج.

ج ـ تدخل تمريضي تنموي Developmental Intervention: ومعناه تحسين وإرشاد الفرد والأسرة لاتخاذ قراره بنفسه والقيام بالعناية الذاتية.

خامساً ـ تقييم الخطة Evaluation

في عملية التقييم يوضح الممرض مدى التقدم في الحالة الصحية للمستفيد الفرد أو الأسرة أو المجتمع ومدى تأثير الرعاية التمريضية والإرشادات الصحية على صحة المستفيد، وكذلك يحدّد نقط القوة والضعف في الخطة التمريضية. ويحدث التقييم باستمرار أثناء تنفيذ خطة الرعاية التمريضية وذلك لتقييم مدى تحقيق الهدف (هل تم تحقيقه كاملاً أو جزئياً أو لم يتم تحقيقه). ويجب مشاركة المستفيد في التقييم لأن المشكلة أو الاحتياج الذي تم تحديده في التشخيص التمريضي يخصه، وهو طرف مع الممرض ومن المهمّ أن يحصل على نتيجة التزامه بالخطة التمريضية. وعند تحقيق الهدف يشعر المستفيد بالتشجيع ويستمر في محاولة تحقيق هدف آخر أكبر.

وفي حالة عدم تحقيق الهدف المرجو من خطة الرعاية التمريضية يتم مراجعة خطوات التقييم والتشخيص التمريضي والخطة التمريضية والتنفيذ لمعرفة مدى القصور وفي أي الخطوات كان. ونتيجة عملية المراجعة هذه تنتج خطة جديدة للرعاية التمريضية يمكن تنفيذها وتقييمها، وهكذا حتى الوصول إلى الهدف المنشود.

أما الأسباب التي تؤدي إلى عدم الوصول إلى الهدف فهي:

1 ـ جمع معلومات غير صحيحة وغير كاملة وبالتالي تحديد مشاكل أو احتياجات المستفيد بناءً على بيانات خاطئة؛

2 ـ عدم واقعية الأهداف؛

3 ـ عدم مشاركة المستفيد في وضع الخطة التمريضية، وبالتالي عدم حماسته لإتمامها؛

4 ـ عدم فعالية التنفيذ بسبب قصور الإمكانات وما إلى ذلك؛

5 ـ عدم تمكّن المستفيد من تحقيق الأهداف لسبب أو لآخر.

تطبيق العملية التمريضية

سوف نقوم بتطبيق العملية التمريضية باستخدام دراسة الحالة التالية:

- السيد علي عمره (60) عاماً أصيب بالداء السكري منذ خمس سنوات. وعندما قام بزيارة المركز الصحي وجدت الممرضة أن نتيجة فحص سكر الدم عالية جداً. فقامت الممرضة بزيارة السيد علي في منزله من أجل تقييم حاله ضمن بيئة المنزل. وعند إجراء المقابلة معه وجدت أن السيد علي يتناول الكثير من النشويات في غدائه وفي عشائه، كما لاحظت أنه يشرب نحو عشر كاسات شاي محلاة بالسكر كل يوم. وعند قيامها بالفحص البدني لاحظت وجود الكثير من التشققات والجفاف بأقدامه، كما وجدت أنه يقص أظافر قدميه بصورة خاطئة. يعيش السيد علي مع زوجته البالغة من العمر (55) عاماً، وجميع أولادهما متزوجون ويسكنون في منازل مستقلة. وعندما سألته الممرضة: هل يعرف كمية القوت الذي عليه تناوله يومياً، أجاب بالنفي. وعندما سألته: هل يعرف لماذا عليه الاهتمام بقدميه؟ قال: لا أدري لماذا.

والآن بعد قراءة هذه الحالة نستطيع أن ننظم المعلومات كما يلي:

- رجل يعاني من السكري عمره 60 سنة؛
- نسبة سكر الدم عنده مرتفعة؛
- غير ملتزم بالحمية الغذائية؛
- لا يراعي المحافظة على سلامة قدميه.

الاستنتاج: نقص بالمعلومات Knowledge Dificit عن العناية بالقدم والحمية.

التشخيص التمريضي:

1 ـ نقص بالمعلومات متصل بالجهل (حول الحمية الغذائية لمريض السكري) بدليل عدم التزامه بالحمية.

2 ـ نقص بالمعلومات عن العناية بالقدم السكرية متصل بعدم الشرح له من قبل أحد بدليل عدم قدرته على العناية بقدميه ووجود تشققات فيهما وقص الأظافر بصورة خاطئة.

الأهداف:

1 ـ بعد أسبوع من تاريخ أول زيارة للسيد علي وزوجته سوف يكونان قادرين على:

- تعداد القوت المسموح بتناوله
- إعداد 3 وجبات يومية بمجموع 1800 سعر حراري
- تعداد الأغذية الممنوع عليه تناولها.

2 ـ بعد 3 زيارات لمنزل أسرة علي سيكون علي وزوجته قادرين على ما يلي:

- تنظيف قدمي علي بطريقة سليمة وخاصة بمرضى السكري
- قص أظافر قدمي علي باتباع الطريقة السليمة.

الإجراءات فيما يخص التشخيص والهدف الأول:

- تقديم كتيب يحوي إرشادات عن التغذية والحمية الخاصة بمرض السكري
- القيام بإعداد وجبة أمام الزوجين تحوي نسبة متوازنة من البروتين والدهنيات والنشويات والسكريات.

الإجراءات فيما يخص التشخيص والهدف الثاني:

- القيام بتنفيذ عملية غسيل لقدمي علي
- الطلب من علي تطبيق عملية غسل القدمين والعناية بهما أمام الممرض
- تعليم علي الطريقة الصحيحة لقص أظافر القدمين
- تقديم كتيب يحوي إرشادات العناية بقدم مريض السكري.

التقييم: بعد أسبوع على تاريخ انتهاء الزيارات لأسرة السيد علي علينا:

(أ) تقييم التالي:

1 ـ هل يتبع حمية غذائية لا تزيد طاقتها على 1800 سعر حراري؟

2 ـ هل انخفض مستوى السكر لديه؟

3 ـ هل يستطيع أن يعدد ماذا يأكل وماذا لا يأكل؟

إذا كانت الإجابة عن هذه النقاط بنعم، فهذا يعني أننا قد حققنا الهدف الأول وأنهينا مشكلة عدم الالتزام بالحمية نتيجة عدم معرفته بها.

(ب) تقييم التالي:

1 ـ هل زالت التشققات من قدمي علي؟

2 ـ هل أظافره مقصوصة بالطريقة الصحيحة؟

3 ـ هل يلبس الحذاء المناسب؟

إذا كانت الإجابة عن هذه النقاط بنعم، فهذا يعني أننا قد حققنا الهدف الثاني وهو متعلّق بتنظيف القدمين وقص الأظافر بطريقة سليمة وسبب المشكلة هو نقص المعلومات عن العناية بالقدم. في النهاية نقول إننا حققنا الأهداف وننهي العمل حول تلك المشاكل مع أسرة السيد علي.

أسئلة ونشاطات

1 ـ عرّف العملية التمريضية.

2 ـ ما هي أهمية العملية التمريضية للممرض والمستفيد؟

3 ـ ما هي الطرق المتبعة لجمع البيانات؟

4 ـ تكلم عن مزايا الخطة التمريضية.

ملحق رقم (1)

استمارة جمع البيانات أو المعلومات عن الأسرة

- اسم الممرض:
- اسم الأسرة: عنوانها:
- تاريخ زيارة الأسرة:
- سبب الزيارة:
- بيانات عن الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة:

م	اسم الفرد	السن	الجنس	مستوى التعليم	المهنة/الوظيفة	الحالة الاجتماعية متزوج/أعزب
1						
2						
3						
4						
5						

- نوع الأسرة: نووية Nuclear ممتدة Extended
- دخل الزوج في اليوم في الأسبوع في الشهر
- دخل الزوجة أو أي فرد في الأسرة

في اليوم في الأسبوع في الشهر

- الدخل الكلي للأسرة في اليوم في الأسبوع

في الشهر

- مصادر الدخل:
- مساعدات اجتماعية أخرى:
- حالة البيئة المحيطة بالأسرة:

المنزل: ملك إيجار

عدد غرف المنزل:

درجة الازدحام: عدد غرف النوم/ عدد أفراد الأسرة

- الحمام: خاص مشترك لا يوجد

- التهوية: جيدة متوسطة ضعيفة

- وجود كهرباء: نعم لا

- وجود مياه للشرب: نعم لا

- مصادر المياه: الحنفية مضخة أخرى

- وجود أماكن لتجميع القمامة: نعم لا

- أدوات النظافة بالمنزل: متوفرة متوسطة قليلة

- النظافة العامة بالمنزل: جيدة متوسطة ضعيفة

السجل الصحي للمريض

- الشكوى السابقة:
- الشكوى الحالية: بدايتها
- بداية العلاج:
- العلاج الحالي:

الاسم الجرعة طريقة أخذ العلاج

الأمراض السابقة للأسرة:

- الأمراض الوراثية:
- أمراض الحساسية:
- الأمراض المزمنة:

نتائج الأبحاث والتحاليل السابقة:

نوعها تاريخها

- عدد ساعات النوم:

- التغذية: - العادات المتبعة
- الأغذية المرغوبة والمكروهة

ملاحظات وفحوصات:

- الحرارة، النبض، التنفس، ضغط الدم
- قياس وزن الجسم
- تحليل بول لتحري الألبومين - السكر
- تحليل دم لتحرّي السكر - الهيموغلوبين

ملاحظة الحالة الصحية العامة:

- التعب - الإرهاق
- نقص في الوزن
- القدرة على ممارسة الأنشطة اليومية

ملاحظة وفحص أجهزة الجسم:

- العين: ألم بالعين دموع كثيرة صديد بالعين
لون العين أصفر مثلاً استعمال نظارة إلخ
- الأذن: صعوبة في السمع - إفرازات من الأذن إلخ
- الأنف: نزيف بالأنف انسداد بالأنف إلخ
- الفم والأسنان واللثة:
- مشاكل الأسنان - التهاب اللسان - التهاب اللثة إلخ
- الحلق والرقبة: التهاب الحلق - التهاب اللوزتين إلخ
- الثدي: إفرازات - تشققات - أورام إلخ
- الجهاز التنفسي: وجود سعال - سعال مصحوب ببلغم - نفث الدم
- القلب والأوعية الدموية: آلام بالصدر - الدوالي - ورم بالأطراف إلخ
- الجهاز الهضمي: عسر هضم - شعور بالقيء - آلام بالبطن إلخ
- الإخراج: إمساك - إسهال - دم أو مخاط مع البراز
- الجهاز البولي: صعوبة في التبوّل - عدم التحكم في التبوّل - التبول أثناء الليل - عدد مرات التبول - دم مع البول - إلخ
- العضلات والعظام: تقلص في العضلات - تقلص في الأربطة إلخ

- وجود عاهات بالجسم
- الجهاز العصبي والجهاز التنفسي: دوار - شلل - صداع - أرق - قلق - اكتئاب
- حالة الجلد: طفح جلدي - التهابات - حساسية إلخ

مراجع للاستزادة

(1) Murraq, M. Alkinson, L; Understanding the Nursing Process, the Next Generation, 5th ed, McGraw-Hill, Inc, Health Professions Division, New York, St. Louis, San Francisco, 1994.

(2) Stanhope Lancaster, Community Health Nursing, Process Practice for Promoting Health, 3rd ed, St. Louis, Baltimore, Boston, 1992.

(3) Peitze C.F., Health Promotion in the well family, Nursing Clinical North America 19 (2): 229, June 1984.

(4) Carl. O. Helvie, Community Health Nursing Theory Practice, United States of America, 1981.

(5) Barbara, A.V., RN, A Problem Solving Approach to Nursing Care Plan, 2nd ed, The C.V. Mosby Company, 1978.

(6) التثقيف من أجل الصحة، دليل التثقيف الصحي في مجال الرعاية الصحية الأولية، منظمة الصحة العالمية 1989، ص 43-60.

الفصل الرابع

تعزيز الصحة وأنماط الحياة

Health Promotion and Lifestyles

يعتبر تعزيز الصحة استراتيجية مرتبطة بهدف توفير الصحة للجميع، فتعزيز الصحة وسيلة لدفع كل فرد من أفراد المجتمع إلى الأخذ بنمط حياة أكثر مواتاة للعافية، كما أنه وسيلة لجعل الفرد يعتني ذاتياً بصحته. وعلى ذلك فإن تعلم أنماط صحية سيكون ذا أهمية على الصعيد الاقتصادي والاجتماعي وربما البيئي. وفي هذا الفصل سوف نقوم بطرح ما يلي: مفهوم تعزيز الصحة وأمثلة وتطبيقات على برامج تعزيز الصحة وأنماط الحياة السائدة غير السليمة.

الأهداف

يتوقع من القارىء في نهاية الفصل أن:

1 ـ يتعرف على نموذج بندر لتعزيز الصحة؛

2 ـ يوظف مفهوم تعزيز الصحة في نشاطات تغيير أنماط الحياة غير الصحية؛

3 ـ يتعرف على أساليب تغيير أنماط التدخين والغذاء والرياضة والترفيه والعناية الذاتية والضغوطات والكرب إلى أنماط سليمة معززة للصحة؛

4 ـ يؤكد على أهمية تعزيز الصحة ضمن تمريض صحة المجتمع في الوصول إلى تمام العافية واكتمالها.

مفهوم تعزيز الصحة

لقد جرى تطور كبير في الخمسين سنة السابقة حول تعريف الصحة ومفهومها. فبعد أن كانت الصحة مبنية على أساس مفهوم الخلو من الأمراض أو معالجة الإنسان في حالة إصابته بالمرض، تطورت إلى مفهوم يركز على أن الصحة هي أساس الوصول إلى أعلى مستوى من العافية والسلامة والتمتع بمستوى عالٍ من الصحة. ومن هنا جاء دور تعزيز

الصحة والذي يقدم على أنه مجموعة من النشاطات التي يتم إجراؤها من أجل الوصول إلى أعلى مستوى من الصحة والعافية للفرد أو الأسرة أو المجتمع. وقد عرفت منظمة الصحة العالمية عام 1986 تعزيز الصحة health promotion على أنه «العملية التي تمكن الناس من زيادة السيطرة من أجل تحسين مستوى صحتهم». وهذا المفهوم الجديد لكل من الصحة وتعزيز الصحة له تأثير كبير على فريق الصحة عامة والممرض خاصة. إذ يجب أن لا تبنى نشاطات رفع وتعزيز المستوى الصحي على أساس تقليدي حيث تقدم الخدمة من قبل الفريق الصحي لمستقبلين (المستفيد) سلبيين، بل على أساس مشاركة فاعلة من قبل المستفيد، حيث يفترض أن يكون المستفيد إيجابياً في اتخاذ القرارات وتغيير السلوكيات من أجل تعزيز صحته.

هذا، وعرّفت بندر Pender تعزيز الصحة على أنه «النشاطات الموجهة لزيادة وتحسين مستوى الصحة والعافية وتحقيق مستوى من الجهد لرفع صحة الفرد أو الأسرة أو المجتمع». وعلى الممرض أن يعرف أن برامج تعزيز الصحة ليست وسيلة لمنع المرض بل هي وسيلة للتوسع في رفع الصحة. ومن المهم أن نعرف أن تعزيز الصحة ينسجم مع نمو وتطور الإنسان. فلكل مرحلة عمرية حاجات صحية وعادات صحية وأنماط حياة مختلفة، وبالتالي إجراءات مختلفة لتعزيز الصحة.

وإضافة إلى النشاطات المعززة للصحة، يشتمل تعزيز الصحة على عدة نشاطات وقائية لتحسين الصحة. وتقسم الوقاية إلى ثلاثة مستويات وقائية، وهي كما يلي:

أ ـ الوقاية الأولية الأساسية، والهدف من هذا المستوى رفع وتعزيز مستوى الصحة، والوقاية من المرض قبل حدوثه، وهو يستهدف الأفراد والجماعات الأصحاء.

ومن الأمثلة على الإجراءات الأساسية:

- تربية صحية حول أمور الوقاية من الحوادث، الغذاء السليم، النمو والتطور، ممارسة الرياضة، معالجة الكرب/التوتر، أهمية الترويح عن النفس.
- خدمات تحسين المستوى التعليمي والاجتماعي.
- التلقيح والتطعيم.
- تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة للأصحاء.
- تقديم خدمات تنظيم الأسرة.
- خدمات صحة البيئة: سكن صحي، تنقية المياه، تصريف الفضلات. الصرف الصحي.

ب ـ الوقاية الثانوية، وتهدف إلى اكتشاف المرض في أدواره الأولى، ومعالجته بسرعة، ومحاولة الحفاظ على الصحة أثناء المرض كمنع المضاعفات وإتمام السيطرة على المرض.

ومن الأمثلة على الإجراءات الثانوية:

- الكشف الدوري والفرز مثل فحص ضغط الدم، فحص الثدي الذاتي، تقييم نمو وتطور الطفل في المدرسة.

- التثقيف الصحي للمرضى من أجل منع حدوث المضاعفات، مثل تعليم مريض السكري عن طعام الحمية وكيفية العناية بقدميه.

ج - الوقاية من الدرجة الثالثة: وتبدأ بعد حدوث المرض عندما تحدث الإعاقة أو المضاعفات وبعد أن يتم علاجها. وتهدف إلى تأهيل المريض نفسيًا واجتماعيًا وطبيًا ومهنيًا ليعود فرداً معافى في المجتمع.

ومن الأمثلة على الإجراءات الثالثية:

- تعليم مريض احتشاء عضلة القلب كيفية ممارسة الأنماط الحياتية التي تمنع حدوث مضاعفات مستقبلية.

- التحويل لمؤسسات تأهيلية.

إن تعزيز الصحة لا يهدف فقط إلى الوقاية من الأمراض، بل يتعدى الوقاية ليصبح مجموعة من النشاطات الخاصة برفع وتحسين الصحة من أجل الوصول إلى قمة السلامة. وهذه النشاطات المعززة للصحة لا تستهدف مرضاً بحد ذاته أو فئة عمرية بحد ذاتها، بل يمكن تقديمها لأي مستفيد سواء كان سليماً أو مريضاً، طفلاً أو مسنًا. فعلى سبيل المثال، يمكن أن تفيد وسائل إزالة الكرب رجلاً يعاني من مرض السكري أو رجلاً معافى لا يعاني من أية أمراض بدنية أو نفسية.

نموذج تعزيز الصحة Health Promotion Model

لقد قامت بندر Pender عام 1987 بتطوير نموذج تعزيز الصحة لكي يستعمل كمكمّل لنموذج المعتقدات الصحية الذي سوف يقدم بفصل التثقيف الصحي ويستخدم في تقييم سلوك تعزيز الصحة عند الفرد. عرّفت بندر تعزيز الصحة بهذا النموذج على أنه «الاتجاه لزيادة مستوى العافية وتحقيق الذات عند الفرد أو المجموعة». وقد قسمت محددات سلوك تعزيز الصحة إلى ثلاثة أجزاء أو أقسام، وهي:

1 - عوامل الإدراك العقلي cognitive perceptual factors؛

2 - العوامل المعدّلة modifying factors؛

3 - المتغيرات المؤثرة في أرجحية اتخاذ إجراء معزز للصحة.

1 - عوامل الإدراك العقلي

تعتبر هذه العوامل مصادر أساسية من مصادر الدافعية من أجل اتخاذ سلوك محسن للصحة. فلقد اعتبرت بندر أن تغيير السلوك يعتمد على العمليات المعرفية الكامنة بالعقل، وأن وجود العوامل التالية يؤثر في أرجحية عمل إجراء تعزيز صحي:

أ ـ أهمية الصحة، فتثمين الصحة تثميناً عالياً يؤدي إلى زيادة الدافعية للاهتمام بتعزيز الصحة.

ب ـ إدراك السيطرة والتحكم Perceived Control، فوجود دافع داخلي بأن الفرد هو المسيطر على سلوكه وليس عوامل خارجية، يساعد على زيادة دافعية الاهتمام بتعزيز الصحة. وقد توصلت عدة أبحاث إلى أن الناس الذين لا يدخنون يملكون إدراكاً داخليًا بالتحكم أعلى من المدخنين.

ج ـ إدراك الكفاءة الذاتية Perceived self-efficacy، تعرف الكفاءة الذاتية على أنها مجموعة التوقعات التي تجعل الشخص يعتقد أن المسار الذي سيتخذه سلوك معين سيحظى بالنجاح، فإذا أدرك الإنسان أنه قادر على تغيير سلوكه فإنه سوف يقوم بذلك السلوك.

د ـ تعريف الصحة، فالشخص الذي يعرف الصحة على أنها الوصول لأقصى درجات العافية، يسعى للقيام بنشاطات تعزّز صحته.

هـ ـ إدراك الوضع الصحي، فقد دلّت الأبحاث على أن من ينظر إلى صحته على أنها جيدة فإنه يجري نشاطات لتعزيز صحته أكثر من الذي لا يشعر أن صحته جيدة.

و ـ إدراك فوائد سلوكيات تعزيز الصحة، فالإحساس بالفوائد يؤدي إلى المشاركة بسلوكيات تعزيز الصحة.

ز ـ إدراك عوائق سلوكيات تعزيز الصحة، وهي تقابل الفوائد لكنها قد تكون مجرد تهيئات خاطئة أو قد تكون معوقات فعلية واقعية.

2 ـ العوامل المعدّلة

وتشمل هذه العوامل:

أ ـ العوامل الديموغرافية، كالسن، والعمر، والجنس، والحالة الاجتماعية والاقتصادية.

ب ـ العوامل البيولوجية، كوزن الجسم.

ج ـ العلاقات الشخصية، كتوقعات الأسرة، والأصدقاء وتفاعل الفرد مع أعضاء الفريق الصحي.

د ـ العوامل المكانية، وهي البيئة الخارجية.

هـ ـ العوامل السلوكية، وهي المهارات الحركية والمعرفية الضرورية لإجراء سلوك جديد.

3 ـ المتغيرات المؤثرة في أرجحية اتخاذ إجراء معزز للصحة

وتعتمد على التلميحات clues الداخلية والخارجية بما يتعين على الفرد أن يعمل. فعلى سبيل المثال، تعتبر الدعاية التلفزيونية التي تقول إن ممارسة الرياضة تساعد في الحفاظ على قلب سليم تلميحاً لتغيير نمط حياة أو سلوك.

تطبيق مفهوم تعزيز الصحة

إن هدف نشاطات تعزيز الصحة هو تحسين مستوى سلامة المستفيد على جميع الأصعدة. فكثير من العوامل تؤثر في مستوى الصحة، مثل: عادات الغذاء غير السليمة وعدم ممارسة نشاطات رياضية، أو وجود منغصات أو كرب في الحياة، أو بيئة معيشية ضعيفة مثل وجود تلوث في الهواء أو مصادر خطر أخرى، أو عوامل وراثية قد تزيد من احتمالية التعرض لمرض ما. لهذا فإنه على الممرض أن يوجه تطبيق نشاطات تعزيز الصحة نحو تغيير أنماط الحياة غير الصحية إلى أنماط جديدة تؤدي في محصِّلتها إلى تعزيز الصحة والوصول إلى قمة السلامة. وهناك أنواع من البرامج التي على الممرض استخدامها وتنفيذها لتعزيز الصحة، وتشمل:

أ - برامج نشر وترويج المعلومة الصحية: وتعتبر أبسط أنواع برامج تعزيز الصحة حيث تهدف إلى رفع وزيادة مستوى المعلومات والانتباه للعادات الصحية السليمة. إذ يستطيع الممرض طرح ونشر مواضيع معينة عن طريق وسائل الإعلام المحلية من صحافة أو تلفزيون أو راديو، أو عن طريق منشورات أو ملصقات تنشر بين الأفراد والعائلات أو المجتمع. وقد تشمل هذه البرامج، أهمية استعمال حزام الأمان، أو أخذ اللقاحات، أو مساوىء التدخين وغير ذلك من الأنماط السلوكية غير السليمة في المجتمع المحلي.

ب - برامج تقييم الحالة الصحية ومستوى السلامة: هنا يستطيع الممرض تنفيذ هذه البرامج عن طريق عمل فحوصات بدنية دورية للمستفيد وفحوصات أسنان دورية، أو فحص أجزاء البدن بشكل منتظم، وفحص الصحة العقلية، والتفاعل الصحيح مع المجتمع، وتقييم العادات والأنماط الحياتية من غذاء وراحة ونوم وممارسة نشاطات رياضية، وتأقلم مع ضغوطات الحياة. فعن طريق هذه البرامج يستطيع الممرض معرفة منظور الناس لحالتهم الصحية، ومدى تثمينهم لصحتهم، وما هي أنماط الحياة الخاطئة التي تحتاج إلى التعديل.

ج - برامج تغيير أنماط الحياة والسلوكيات السائدة غير الصحية: مثل تطبيق برامج لتخفيف الوزن، أو برامج لتناول غذاء صحي، أو برامج لمساعدة المدخنين في التوقف عن التدخين، أو برامج رياضية وترفيهية لرفع مستوى القوة البدنية والعقلية. وعلى الممرض أن يتذكر أن تطبيق مثل هذه البرامج يحتاج إلى مشاركة فاعلة من المستفيد.

د - البرامج الصحية في مواقع العمل: مثل برامج الوقاية من حدوث إصابات عمل بسبب الأجهزة المستعملة في المصنع، أو برامج منع حدوث الصمم نتيجة ضجيج الآلات بالمصنع، أو برامج لتخفيف التوتر والكرب وتعليم الاسترخاء في جو العمل.

هـ - برامج السيطرة على البيئة: وهي تهدف لمنع تلوث البيئة، أو تلوث الهواء بعوادم السيارات ودخان المصانع، أو تلوث الضوضاء (الصوت) أو تلوث الطعام والماء أو منع التلوث النووي أو متبقيات المبيدات الزراعية في الفواكه والخضروات. وتكون الفئة المستهدفة عادة في هذا النوع من برامج تعزيز الصحة المجتمع ككل وليس الفرد.

وإذا نظرت إلى النموذج (1) ستجد استبياناً طورته ووكر وآخرون وهو خاص بتقييم أنماط الحياة المعززة للصحة لكل من: الغذاء، تحقيق الذات، التعامل مع الضغوطات والكرب، وممارسة الرياضة، والعلاقات الشخصية الداعمة، والمسؤولية والعناية الذاتية بالصحة. ويستطيع الممرض إعطاء أي مستفيد هذا الاستبيان كي يقيّم معه مدى التزامه بأنماط معززة للصحة، وذلك باستخدام مقياس من واحد إلى أربعة. ويساعد هذا التقييم أو غيره من وسائل التقييم في الانتباه للسلوكيات وأنماط الحياة الخاطئة ودفع المستفيد لتعلم سلوكيات تعزز صحته.

«ادخل نموذج رقم (1)»

النموذج (1): استبيان تقييم انماط الحياة المعززة للصحة

انماط الحياة	لا	احياناً	غالباً	دائماً
1. اتناول طعام الإفطار				
2. أخبر الطبيب عن أي أعراض أو علامات غير طبيعية				
3. انا راض عن نفسي				
4. أمارس التمارين الرياضية الخفيفة 3 مرات أسبوعياً على الاقل				
5. اختار الأطعمة الخالية من المواد الحافظة أو الإضافات الأخرى				
6. اقضي بعض الوقت يومياً في الاسترخاء				
7. افحص مستوى الكولستيرول عندي وأعرف النتيجة				
8. اعتبر نفسي إنساناً متفائلاً ومتحمساً للحياة				
9. اشعر بأنني انمو واتغير شخصياً بصورة إيجابية				
10. اناقش المشكلات والاهتمامات الشخصية مع اناس قريبين لي				
11. اعي مصادر القلق والتوتر في حياتي				
12. اشعر بالسعادة والرضا				
13. أمارس تمارين شاقة ما بين 20-30 دقيقة ثلاث مرات على الاقل أسبوعياً				
14. اتناول ثلاث وجبات منتظمة يومياً				
15. اقرا مقالات أو كتباً عن تحسين الصحة				
16. ادرك نقاط الضعف والقوة في شخصيتي				

انماط الحياة	لا	احياناً	غالباً	دائماً
17. أعمل لتحقيق أهداف بعيدة المدى في حياتي				
18. أبدي إعجابي بإنجازات الآخرين				
19. اقرأ الملصقات على الأطعمة المعلبة لأتعرف على العناصر الغذائية فيها				
20 عندما لا أوافق على توصيات طبيبي، أبحث عن طبيب آخر لمعرفة رأيه				
21. أتطلع بأمل إلى المستقبل				
22. أشارك في أنشطة رياضية أو برامج تدريبية منظمة				
23. أعرف الاولويات في حياتي				
24. أرتاح للتعبير عن المودة والاحترام لي وللآخرين بطريقة التربيت على الكتف باليد				
25. أحافظ على علاقات شخصية ذات معنى وهدف				
26. يحتوي طعامي على حبوب كاملة وفواكه طازجة وخضروات				
27. استرخي يومياً ما بين 15-20 دقيقة				
28. اناقش استفساراتي الصحية مع أشخاص مؤهلين ذوي علاقة				
29. احترم انجازاتي الشخصية				
30. افحص معدل نبضي عند ممارسة التمارين				
31. اقضي وقتاً مع أصدقائي المقربين				
32. افحص ضغط دمي وأعرف النتيجة				
33. أحضر برامج تثقيفية تتعلق بتحسين البيئة التي أعيش فيها				
34. أجد في كل يوم جديداً ما يدعو للأهمية والاستمتاع				
35. أختار أطعمتي بحيث تحتوي على المجموعات الغذائية الأربع الرئيسية كل يوم				
36. أعمل على إرخاء عضلاتي قبل النوم				
37. أعتبر بيئتي ممتعة ومرضية				
38. أشارك في أنشطة رياضية ترفيهية (مثل المشي أو السباحة أو كرة القدم أو قيادة الدراجات الهوائية)				

أنماط الحياة	لا	أحياناً	غالباً	دائماً
39. يمكنني التعبير عن همومي ومشاعري بسهولة للآخرين				
40. أستعيد الحوادث السارة وقت النوم وأبتعد عن الحوادث المؤلمة				
41. يمكنني التعبير عن مشاعري بطرق بناءة				
42. أستفسر من العاملين في الحقل الصحي عن كيفية الاعتناء بصحتي				
43. أراقب التغيرات والأعراض غير العادية في جسمي مرة واحدة شهريًا على الاقل				
44. اكون واقعيًا نحو أهدافي التي احددها				
45. أستخدم طرقاً معينة للسيطرة علي القلق والتوتر				
46. أحضر برامج تثقيفية حول العناية الصحية الشخصية				
47. أتأثر وأؤثر في الأشخاص المقربين مني				
48. أؤمن أن حياتي ذات مغزى				

مأخوذ بتصريح من:

Walker, S.N., et al, The health Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics, Nursing Research, 36 (2): 76-81 (1987).

أنماط الحياة السائدة

يقصد بموضوع أنماط الحياة السائدة أن يعرف الممرض والمستفيد أن بعض الأنماط السلوكية تكون أنماطاً خاطئة. ولكي يعيش المستفيد حياة صحية جيدة متمتعاً بقمة السلامة، على الممرض أن يعزز أنماط الحياة السليمة ويساعد المستفيد على تغيير الأنماط الحياتية غير الصحية. وسوف نعرض بعض الأنماط السلوكية وكيف تؤثر على صحة المستفيد وكيفية المساعدة في تغيير النمط السلوكي الخاطىء وتعزيز النمط الصحي.

التدخين

يتعرض المدخن إلى أمراض عديدة منها سرطان الرئة والحنجرة والالتهاب الشعبي المزمن، وجلطات الأوعية الدموية للمخ، واضطراب الدورة الدموية في الأطراف وجلطاتها، وسرطان الشفة والفم والبلعوم والمريء والبنكرياس، وأورام المثانة وسرطان المثانة والكلى. وقد أثبتت الأبحاث أن تدخين التبغ يؤدي إلى الإدمان على مادة النيكوتين، علماً بأن كل حالة وفاة من ست وفيات في الولايات المتحدة الأمريكية يكون التدخين سببها.

وتستوجب سياسة محاربة عادة التدخين:

1 ـ منع التدخين في الأماكن العامة كما هو معمول به في الدول الصناعية المتقدمة. وقد قامت العديد من الدول العربية بإقرار قانون يحظر التدخين في الأماكن العامة لكن تطبيقه ضعيف للأسف. وقد دلت الدراسات على أن المدخنين السلبيين، أي الذين يجلسون مع المدخنين أو في بيئة كلها دخان، معرّضون للكثير من مخاطر الدخان الصحية.

2 ـ منع الدعايات التلفزيونية والإذاعية ودعايات الصحف والمجلات المتعلقة بالتدخين.

3 ـ مساعدة المراهقين في عدم الوقوع في براثن التدخين حيث تدل الإحصائيات على أن من لم يدخن حتى سن العشرين نادراً ما يدخن بعد ذلك.

أما بخصوص التثقيف الصحي للمدخنين فعلينا أن نعرف أن تغيير عادة التدخين ليس بالشيء السهل علماً بأن هذه النقاط تساعد في تغيير عادة التدخين: النظر إلى التدخين نظرة ازدراء من المجتمع فلا يسمح بالتدخين في الأماكن العامة، ولا في المناسبات الاجتماعية؛ إيجاد برامج خاصة لترك التدخين وكذلك إيجاد جمعيات تساعد الناس الذين يحاولون الإقلاع عن التدخين؛ معرفة ما هي العوامل التي تدفع الشخص للتدخين؛ كيف يستعمل الشخص التدخين كوسيلة للتأقلم وتخفيف الكرب؛ مساعدة الشخص على الإدراك التام لمخاطر التدخين.

ويؤثر التثقيف الصحي للمدخنين تأثيراً قليلاً في نمط سلوكهم، لذلك يجب التأكيد على التأثيرات السيئة (المنظورة) التي يحدثها التدخين على المدى القريب مثل: سوء رائحة النفس والشعر والملبس وضعف حاسة التذوق. كذلك قد يساعد وجود عزيمة صادقة وتشجيع من الأهل والأصدقاء في تغيير النمط. وأخيراً من المهم إعطاء المدخن انطباعاً حسناً عن الممرض الذي لا يدخن كونه قدوة للمستفيد.

الغذاء

إن تناول غذاء مثالي له دور كبير في الوقاية من الكثير من الأمراض، فتناول غذاء خاطىء يساعد في حدوث أمراض الشريان التاجي وتصلّب الشرايين وارتفاع ضغط الدم وأمراض الأسنان والكساح والسمنة. كذلك يؤدي النقص في كمية الغذاء إلى أمراض سوء التغذية.

والغذاء المثالي هو الغذاء المتوازن، أي الذي يحتوي على جميع العناصر الغذائية اللازمة بنسب معقولة ومتناسقة مع بعضها. ونقدم فيما يلي توصيات وزارة الصحة الأمريكية بخصوص الغذاء المثالي من أجل تحسين الصحة والوقاية من الأمراض لعامة الناس والتي اعتمدت على ملخصات ونتائج الأبحاث التراكمية:

1 ـ التقليل من الدهنيات (خاصة الدهنيات المشبعة) والكولستيرول. فالدهنيات المشبعة عامل مساعد لحدوث أمراض القلب التاجية، ويجب أن لا تتجاوز الدهون الكلية 30% من مجموع السعرات الحرارية اليومية، أما الدهون المشبعة فيجب أن لا تزيد على 10% من الـ 30% السابقة.

2 ـ المحافظة على وزن مثالي، فالسمنة عامل مساعد لأمراض القلب والجلطات وارتفاع ضغط الدم والسكري وأمراض الكبد.

3 ـ زيادة تناول الأغذية الكربوهيدراتية المعقدة والألياف كالحبوب غير المقشورة، والخضروات والفواكه. فالخبز الأسمر له أهمية صحية جيدة إذ تساعد الألياف الموجودة فيه على منع الإمساك، فضلاً عن احتوائه على كثير من الفيتامينات الهامة للجسم. لهذا علينا أن نستبدل جميع الحبوب المقشورة بالحبوب غير المقشورة نظراً لأهمية الأخيرة الغذائية. وتحوي الخضروات والفواكه على الكثير من الفيتامينات والمعادن.

4 ـ تقليل تناول الصوديوم. يجب تقليل كمية الملح المضافة إلى الطعام والانتباه إلى المعلبات التي تحوي نترات الصوديوم فهي مادة تضاف إلى الكثير من اللحوم المعلبة. ويتناول الناس عادة كمية كبيرة من الصوديوم تفوق المعدل المسموح به وهو (2.4g). وكما هو معروف، فإن الصوديوم يؤدي إلى احتباس السوائل داخل خلايا وأنسجة الجسم ويسبِّب بالتالي ارتفاع ضغط الدم.

5 ـ إضافة الفلور إلى ماء الشرب يمنع تسوس الأسنان بنسبة 50%، ويجب أن تكون نسبة تركيز الفلورايد في مياه الشرب جزء لكل مليون.

6 ـ تقليل نسبة تناول الطعام المليء بالسكر، فهذا النوع من الغذاء يعطي الجسم طاقة حرارية فارغة، أي طاقة بدون فائدة. كما أن زيادة تناول السكريات يساعد على تسوس الأسنان ويؤدي إلى السمنة.

7 ـ زيادة تناول الفتيات في مرحلة المراهقة والنساء في مرحلة الحمل والرضاعة للغذاء المحتوي على الكالسيوم، وهو موجود بكثرة في الحليب ومشتقاته. وتساعد زيادة تناول الكالسيوم عند المرأة بعد سن اليأس في الوقاية من مرض تخلخل العظام osteoporosis.

8 ـ إن الأطفال والمراهقين والنساء يحتاجون إلى كمية كافية من الحديد، الذي يمكن الحصول عليه عن طريق تناول اللحوم الحمراء والبيضاء وبعض الحبوب والبقوليات.

وعلينا أن ننتبه إلى أن يكون الغذاء خالياً من المواد الضارة والسامة، ومن الكائنات الحية المسببة للمرض من بكتيريا وطفيليات.

الرياضة

للرياضة تأثير عظيم في تعزيز الصحة، لأنها تقوي الجسم بشكل عام. ويؤدي عدم ممارسة الرياضة إلى ضعف العضلات، وخمول الدورة الدموية، وإلى السمنة وأحياناً بطء الهضم. ودرجة ممارسة الرياضة هي موضوع نسبي، يعتمد على حالة الفرد الصحية وظروف حياته، وعمره وجنسه ونوع عمله، وقدرته. وعندما تتم مزاولة الرياضة فإن الجسم يتدرب على القيام بوظائفه بأعلى كفاءة ممكنة وعلى أكمل وجه ويتعود على تحمل الضغط والإجهاد.

بعض تاثيرات الرياضة على اعضاء الجسم

التنفس: تزيد كمية الاكسجين الداخل للدم مع الشهيق؛ تزيد قوة أداء عضلات التنفس.

الدم والدورة الدموية: تزيد نسبة هيموغلوبين الدم؛ تزيد تصنيع كريات الدم الحمراء؛ تقلل ضغط الدم.

القلب: تزيد حجم وزن عضلة القلب؛ تقلل معدّل التنفس بسبب زيادة قوة النبض.

العضلات والأربطة: تقوي العضلات والعظام والأربطة؛ تساعد العضلة على اكتساب شكلها الصحيح وتزيد مرونتها؛ يزداد استهلاك العضلات للطاقة فيزداد استهلاك الجسم للطاقة المختزنة به.

شروط ممارسة الرياضة

1 ـ يجب التدرج في زيادة الفترة الزمنية المقررة لمزاولة النشاط الرياضي للجسم، ويجب الاستراحة عند الشعور بالتعب والإجهاد. وكلما زدنا الفترة الزمنية بالتدريج، وصل الجسم إلى درجة عالية من الكفاءة دون الشعور بالإجهاد.

2 ـ يجب ممارسة الرياضة ثلاث مرات بالاسبوع على الأقل بانتظام.

3 ـ الامتناع عن القيام بالنشاط الرياضي بعد الأكل مباشرة.

4 ـ القيام بالتنفس العميق أثناء ممارسة النشاطات الرياضية.

الترفيه Recreation

إن الأنشطة الترفيهية التي يزاولها المستفيد في أوقات فراغه تؤثر في شخصيته تأثيراً كبيراً، حيث تعمل على تنمية الصحة العقلية وتخفّف من القلق والكرب. كما أن ممارسة الفرد والأسرة لهوايات ترفيهية يستمتع بها جميع أفراد الأسرة تعتبر عملاً بنّاءً يمنح الأسرة وأفرادها شعوراً بالقناعة والرضى والترويح عن النفس مما يؤدي إلى تعزيز صحة المستفيد. وقد تكون نشاطات الترفيه فنية كالذهاب إلى المسرح أو السينما، أو ثقافية مثل قراءة الكتب والقصص، أو اجتماعية مثل القيام بحفلات ترويحية ورحلات.

العناية الذاتية Self-Care

إن الممرض لا يستطيع تحمل مسؤولية مباشرة عن تغيير سلوك وأنماط حياة الناس بل يقوم بإرشادهم لإيجاد حلول لتغيير السلوكيات. وعلى الممرض أن يعرف أن أفضل أنواع العون هو العون الذاتي. فلدى الممرضين فرص كثيرة للحث على العون الذاتي من أجل الوصول إلى قمة السلامة، وإذا لم يستطع المستفيد تحمل مسؤولية العناية الذاتية فإنه سوف يواجه صعوبات في الوصول إلى قمة السلامة. فعلى سبيل المثال، من واجب الممرض أن يقدّم برنامجاً غذائياً خاصاً لامرأة تعاني من السمنة، لكنه غير قادر على أخذ هذه المرأة إلى بيتها وتقديم وجبات حمية خاصة لها أو جعلها تمارس الرياضة. وإذا أعطى

ممرض أحد المراجعين برنامج حمية خاصًا لتقليل ملح الطعام، فإنه لا يستطيع تتبع المستفيد إلى منزله وتحضير وجبة طعام قليلة الملح.

وللتثقيف الصحي دور كبير في جعل المستفيد إيجابيًا نحو العناية الذاتية. لهذا، فإن ترويج الممرض للمعلومات الصحية يصبح أمراً ضرورياً لإعلام المستفيد عن طرق تغيير سلوكياته، حيث يكون دور الممرض في برامج الترويج للصحة عرض أساليب تغيير أنماط الحياة وعرض العوامل التي تؤدي إلى خطر تعرض أفراد المجتمع للأمراض. وبالتالي يصبح لدى المستفيد ثقافة صحية ومراجع مكتبية تعطيه فكرة عامة عن كل ما يؤدي إلى إضعاف صحته وما يؤدي إلى رفعها وتحسينها. وكمحصلة فإن المستفيد، على مستوى الفرد أو الأسرة، يصبح أكثر إيجابية نحو العناية بنفسه وبيئته، مما يجعله يقبل على القيام بالفحوصات البدنية الدورية أو فحوصات التحري والفرز. أما على مستوى المستفيد المجتمع فإن رفع مستوى العناية الذاتية يؤدي إلى جعل المجتمع يعرف ماهية المشاكل الصحية التي تؤثر فيه ومحاولة إيجاد حل لها دون الاعتماد على الغير. ويبيِّن المثال التالي ما نقصد بالعناية الذاتية للمجتمع.

كان هناك مدينة جبلية خصبة بني في وسطها مصنع للأسمنت في خمسينات القرن الماضي. ولم يراعَ عند بناء المصنع عمل مصافٍ لمداخن المصنع، فكان المصنع يبث الغبار والدخان في كل أرجاء المدينة وخاصة أنه بني في وسطها تقريباً. وهكذا أخذ السكان يعانون من مشاكل صحية تتعلق بالجهاز التنفسي مثل، الربو، ومشاكل في نظافة الحقول والبساتين والمنازل نتيجة الغبار المنبعث من مداخن المصنع. ومع هذا فإن إدارة المصنع والإدارة المحلية للمدينة لم تقوما بعمل أي إجراء لحل مشكلة تلوّث البيئة المحيطة بالمصنع. وعندما بدأ المجتمع المحلي يدرك أبعاد المشكلة وأنه هو المسؤول عن العناية بمشاكله مارس ضغطاً على جميع من له علاقة بالمساعدة لحل مشكلة التلوث البيئي. وهكذا بدأ الأهالي بكتابة المقالات والتحقيقات الصحفية ونشرها وبدأوا بشرح قضيتهم في التلفزيون والإذاعة. كما قاموا بعمل مسيرات سلمية أمام المصنع. وقد دفع ذلك إدارة المصنع إلى العمل على إيجاد حل جذري لمشكلة انبعاث الدخان والأتربة من المداخن بالرغم من عدم فعل شيء في الأربعين سنة السابقة.

وهكذا نلاحظ أن وجود المشاركة الفاعلة وتحمل المسؤولية الشخصية في العناية بالصحة يؤديان إلى رفع مستوى الصحة والسلامة للمجتمع ككل إلى أعلى مستوى.

الضغوطات والكرب

إن الضغوطات والتوتر هي عنصر حاسم في طريقة حياتنا، كما تعد محدداً لها. فهي جزء من التفاعل بين الإنسان وبيئته. والانفعال يؤثر في سلوكنا وفي حالتنا الصحية وإحساسنا بأن كل شيء على ما يرام. ولأساليب التكيف مع مشكلات الحياة وضغوطها علاقة قوية

بإصابة الإنسان بأمراض معينة. ونجد عادة أن الناس الذين يتحكمون بالتوتر يتصفون بالسمات التالية:

1 ـ أكثر تحكّماً بحياتهم؛
2 ـ يؤمنون بأن الحياة ذات معنى وهدف؛
3 ـ يندمجون في مجتمعهم.

أما الناس الذين يتعرضون للانفعال والكرب فإنهم يصابون بالتغيرات الفيزيولوجية التالية:

1 ـ زيادة عملية الاستقلاب؛
2 ـ ارتفاع ضغط الدم؛
3 ـ زيادة التنفس؛
4 ـ زيادة النبض؛
5 ـ زيادة جلوكوز الدم؛
6 ـ الاندفاع العقلي؛
7 ـ التشنج العضلي؛
8 ـ تعرّق الكفين.

وللممرّض دور كبير في جعل المستفيد يعي مخاطر الانفعالات والضغوطات التي يتعرض لها وأن يعرف كيفية مقاومة التوتر وتدبير معالجته أو التعايش معه. وفيما يلي بعض الاستراتيجيات التي تساعد في ذلك:

1 ـ الإقلال من التعرض لمواقف تؤدي إلى حدوث انفعالات؛
2 ـ الاستعداد النفسي يساعد في مقاومة الكرب؛
3 ـ اللامبالاة تكون مفيدة أحياناً؛
4 ـ لعب الرياضة يساعد على الاسترخاء وإبعاد التفكير عن الضغوطات اليومية؛
5 ـ تعلم قبول الناس كما هم؛
6 ـ تنفيذ أي عمل أو مهمة ما خطوة خطوة وعدم القيام بكل شيء مرة واحدة؛
7 ـ تعلم تقليل الاستجابة الفيزيولوجية. إن تعلم تقنيات الاسترخاء أو تقنية الارتجاع الحيوي biofeedback أو التنفس العميق يعتبر من أهم وسائل تقليل أثر التوتر أو منع حدوثه. ويرجع ذلك إلى أن الاسترخاء يؤدي إلى إرخاء العضلات وزيادة فاعلية الجهاز العصبي نظير الودّي.
8 ـ إجراء تعديلات في البيئة المحيطة. فإذا عرف الفرد أن أموراً معينة تسبِّب انفعاله، يجب عدم التعرض لها وتجنبها.

أسئلة ونشاطات

1 ـ «تعلم أنماط صحية سيكون ذا أهمية على الصعيد الاقتصادي والاجتماعي وربما البيئي»، فسر هذا القول واذكر أمثلة لتوضيحه.

2 ـ ميّز بين الإجراءات المعززة للصحة والإجراءات الوقائية.

3 ـ قم بتسجيل كامل للغذاء الذي تتناوله لمدة أسبوع ثم قيّم ما تناولته في ضوء خصائص الغذاء الصحي والكامل. حدد كيف يمكن أن تحسّن غذاءك إذا وجدت به فجوات بعد التقييم وحدد كيف يمكن أن تحفز نفسك لتناول غذاء صحي.

4 ـ قم بمسح للمنطقة التي تعيش بها من حيث وجود أماكن ونواد لممارسة الرياضة، أو برامج لتخفيف الوزن، أو برامج لمكافحة التدخين، أو أية برامج أخرى لتغيير أنماط الحياة.

مراجع للاستزادة

(1) World Health Organization, Ottawa Charter for Health Promotion, An International Conference on Health Promotion, WHO, Reional Office for Europe, Copenhagen. Nov., (1986)

(2) Edelman C.L., Mandle C.L., Health Promotion Throughout Life Span, 2nd ed, St. Louis, Mosby, (1990)..

(3) Pender N.J., Health Promotion in Nursing Practice, 2nd ed., Norwalk, Conn, Appleton Lange, (1987).

(4) Walker, S.N., Sechrist, K.R. Pender, N.J., The Health Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics, Nursing Research, 36 (2): 76-81, (1987).

(5) Stone, S. C., Eigsti, D.G., McCuire, S.L., Comprehensive Community Health Nursing, Fourth ed., St. Louis, Mosby, (1995).

(6) Rice D.P., Health Status & National Health Priorities, Western J. Medicine 154:294-302, March, (1991).

(7) U.S. Department of Health Human Services, Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress- A Report of the Surgeon General, Washington, D.C., US Government Printing Office, (1989).

(8) Surgen General's Report on Nutrition Health, Washington D.C., (publication no. 88-50, 210 U.S. Government Printing Office, (1987).

(9) Stanhope, M., Lancaster, J., Community Health nursing Process Practice for Promoting Health, Third ed., St. Louis, Mosby, 1992.

(10) Cook Fair, J.M., Nursing Process Practice in The Community, St. Louis, Mosby, (1991).

(11) أحمد محمد عبد الخالق: أسس علم النفس، الطبعة الثانية، دار المعارف الجامعية، الإسكندرية، (1991).

الفصل الخامس

التثقيف الصحي

Health Education

يحتل التثقيف الصحي والتربية الصحية دوراً أساسيًا في أدوار ممرض المجتمع، ويعمل التثقيف الصحي من أجل تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض عن طريق إحداث تغيير في عادات الناس التي يجب على ممرض المجتمع معرفتها على أكمل وجه. ومن هنا فإن هذا الفصل سوف يناقش: تعريف وأهداف التثقيف الصحي، وبعض نظريات التعلم، وتقييم الدافعية والجاهزية والحاجة للتعلم، وضع الأهداف السلوكية، وطرق التعليم المختلفة، وتقييم التعليم، ونماذج واستراتيجيات فاعلة في التعليم، وحواجز ومعيقات تنفيذ التثقيف الصحي.

الأهداف

يتوقع من القارئ في نهاية الفصل أن:

1. يناقش أهمية التربية الصحية ضمن تمريض صحة المجتمع؛
2. يوظف نظريات التعلم المستخدمة في عملية التثقيف الصحي؛
3. يحدد العناصر المكونة للدافعية والاحتياجات في عملية التثقيف الصحي؛
4. يناقش كلاً من المجالات الثلاثة في نظام تصنيف الأهداف السلوكية؛
5. يستخدم طرائق تعليم تتناسب مع حاجات المستفيد وتساعد في الوصول إلى تعليم فعال؛
6. يعدد خمسة عوامل تساعد في التأكد من أن وسائل الإيضاح المستعملة في التثقيف الصحي وسائل فعالة؛
7. يميز الحواجز والعوائق أمام تغيير السلوك في عملية التثقيف الصحي.

تعريف التربية الصحية/التثقيف الصحي

إن للتثقيف الصحي والتربية الصحية، وهما جزء من الرعاية الصحية الأولية، دوراً هامًا في رفع وتعزيز مستوى الصحة لدى المجتمع كله. وقد وضعت تعاريف متعددة تشترك

كلها في أن التربية الصحية تتكلم أساساً عن تغيير سلوكيات الفرد أو الجماعة أو المجتمع، سواء كانت سلوكيات معرفية أو وجدانية أو نفس حركية. ومن هذه التعاريف:

1 ـ أن التثقيف الصحي عبارة عن مجموعة خبرات تعليمية صمّمت من أجل تسهيل وتسريع التبني التلقائي لسلوكيات تحسن مستوى الصحة.

2 ـ أنه «علم وفن التأثير على الرغبات السلوكية لأفراد المجتمع، وأداة لكسب ثقتهم واستقطابهم نحو الأجهزة الصحية وتعاونهم مع المسؤولين في مجال التثقيف في سبيل وقاية المجتمع من مختلف العلل والأمراض، واكتساب القدرة على تجنبها ومقاومتها في حال تعرضهم لها. وهذا من شأنه أن يؤدي إلى رفع المستوى الصحي والاجتماعي معاً مع تنمية الكفاءات وتحقيق الحياة السعيدة».

يحثّ التثقيف الصحي الناس على تبني سلوك يعزز صحتهم مثل التخلّص من بعض العادات والمعتقدات غير الصحيحة، أو تحريرهم من بعض الاتجاهات الصحية الخاطئة. ينطبق ذلك على الأفراد الذين لا يمارسون الرياضة والتمارين لاعتقادهم أنها تتعب القلب بدلاً من أن تحسن وضعه، وعلى المراهقين الذين يبدؤون بالتدخين لاعتقادهم أنه يخفّف من التوتر ويجعلهم محببين ومقبولين من قبل رفاقهم. كما أن التثقيف الصحي يقي من الأمراض، وهذا ينطبق على تشجيع الوقاية من الأمراض. وأخيراً فإن التثقيف الصحي يستخدم أيضاً عند حدوث المرض وذلك لتأهيل المريض بأسرع وقت ممكن ووقايته من المضاعفات. فعلى سبيل المثال يقع في صلب ممارسات التثقيف الصحي من قبل الممرض إرشاد مريض السكري إلى نوع الحمية التي يتبعها، وإعطاء تعليمات لمريض مصاب باحتشاء عضلة القلب عن أهمية النشاط البدني ونوعية الطعام الذي سيتناوله عند مغادرته المستشفى.

يسعى التثقيف الصحي إلى مساعدة الناس من أجل فهم سلوكهم الصحي الشاذّ وغير الصحيح وتشجيعهم، وليس إجبارهم على التغيير من أجل حياة صحية. كما أن التثقيف الصحي لا يعتمد على النشاطات التعليمية وحسب، بل يتعداه إلى نشاطات: السياسات الصحية، والدعم الاقتصادي، والبيئة المحيطة، وبرامج على مستوى المجتمع، وذلك من أجل رفع المستوى الصحي والاجتماعي والبيئي للفرد والمجتمع.

أهداف التثقيف الصحي

إن الهدف العام للتثقيف الصحي هو خلق وعي وإدراك لدى الناس من أجل العمل على تحسين وتعزيز أوضاعهم الصحية مما يحقق رفاهية الفرد والمجتمع. وعلينا أن نعرف أنه لا يمكن لأهداف التثقيف الصحي أن تتحقق بدون مشاركة فاعلة من المواطنين. من هنا فإن الأهداف العامة للتثقيف الصحي تشمل على ما يلي:

1 ـ تقديم المعرفة الصحية، وذلك عن طريق تقديم المعلومات عن وسائل وطرق تعزيز الصحة والعوامل التي تساعد في الارتقاء بالصحة، وتقديم المعلومات عن الأمراض المختلفة وطرق الوقاية منها.

2 ـ جعل الناس يثمنون أهمية وقيمة الصحة، بمعنى أن تولد غاية عند الناس وهي أن يسعوا للوصول إلى المسئولية الذاتية فيما يخص صحتهم بحيث يصلون إلى مرحلة الاعتماد على النفس في معرفة وتحديد مشاكلهم الصحية واتخاذ القرارات، وإيجاد الحلول الخاصة لمشاكلهم الصحية.

3 ـ تغيير السلوكيات والعادات غير الصحية إلى سلوكيات صحية مرغوب بها. ونورد هنا هذا المثال الذي يمكن للتثقيف الصحي أن يغيره عن طريق تقديم السلوك البديل. فعدم غسل الأيدي قبل تناول الطعام عادة أو سلوك يؤدي إلى مشاكل صحية كالإسهال، وبالتالي فإن تغيير هذه العادة إلى عادة غسل الأيدي بالماء والصابون قبل تناول الطعام يعتبر تحقيقاً لهدف التثقيف الصحي.

4 ـ تغيير معتقدات ومعايير الناس فيما يتعلق بالصحة والمرض. فمن أهداف التثقيف الصحي معرفة القيم والمعايير التي يؤمن بها الأفراد والمجتمعات وتأثير هذه القيم والمعايير على السلوك الصحي، وتشجيع وتعزيز المفاهيم التي تعود بالنفع على الصحة وتثبيط المفاهيم والمعايير التي تتعارض مع الصحة والارتقاء بها.

5 ـ تشجيع الناس على الاستفادة المثلى من الخدمات والمشاريع الصحية، وتفهمهم لأهدافها، وتعاونهم من أجل إنجاح الخدمات والمشاريع الصحية العامة. ويمكن تحقيق هذا الهدف عن طريق وسائل الاتصال والإعلام الجماهيرية.

نظريات التعلّم

يعرّف التعلّم بأنه العملية process التي يغير بها الكائن الحي سلوكه كنتيجة للخبرة. وكون التعلم عبارة عن عملية، فهذا يعني وجود عامل الوقت. فعلى سبيل المثال، يقول الطفل في أول مرة (ما)، وفي المرة الثانية من عملية تعلمه يقول (ماما).

وهناك عدة مدارس ونظريات للتعلم نذكر منها: المدرسة السلوكية والمدرسة المعرفية والمدرسة الاجتماعية المعرفية.

النظرية السلوكية: تأخذ هذه النظرية منظوراً يركّز على السلوك الذي يمكن قياسه ومراقبته. ومن أشهر العلماء الذين بدأوا هذه النظرية إيفان بافلوف Ivan Pavlov وبوروس سكنر B.F. Skinner. وقد وضع سكنر مبدأ التعلم بالإشراط الإجرائي، ويعني فحوى هذا المبدأ أنه يوجد استجابة ـ منبه ـ تدعيم، حيث إن التدعيم يشجع تكرار الاستجابة والسلوك المرغوب، بينما يؤدي العقاب إلى اضمحلال الاستجابة.

وقد سمّى سكنر التعلم بالإشراط الإجرائي عندما يتم تدعيم الاستجابة، إما بطريقة مخططة أو عشوائية، حيث يتكرّر السلوك الذي قام به الفرد وقت التدعيم. ويضيف سكنر إن معظم السلوك الإنساني هو نتيجة للاستجابة الشرطية. ويمكن تلخيص مبادىء المدرسة السلوكية بالتالي:

1 ـ السلوك الذي يتبعه تدعيم reinforce يتجه للزيادة بالقوة؛

2 ـ السلوك الذي يتبعه عقاب يتجه نحو الاضمحلال؛

3 ـ السلوك الذي يتكرر حدوثه يحصل على تدعيم أو أنه نفسه سلوك معزز ومدعّم للإنسان؛

4 ـ تقديم التدعيم بطريقة غير منظمة وغير ثابتة للسلوك يؤدي إلى تقوية وتثبيت السلوك وعدم تعديله؛

5 ـ الثواب المباشر والثابت للسلوك يؤدي إلى تقوية السلوك وبسرعة؛

6 ـ الثواب الخاص والمرغوب والمطلوب من قبل الفرد يكون أقوى من الثواب العادي؛

7 ـ السلوك الذي لا يلبي أي حاجة فيزيولوجية أو لا يتلقى أي ثواب يتجه نحو الاضمحلال.

إذاً على الممرض حسب النظرية السلوكية أن يعرف ما الذي يعتبره المستفيد حافزاً ومشجّعاً لتغيير عادة أو سلوك ما. فبدون هذا الحافز أو الثواب لن يغيّر المستفيد سلوكه. كذلك على الممرض أن يعرف أن أي سلوك كالتدخين (استجابة) على سبيل المثال يحدث لوجود مثير له، كحاجة غير مشبعة بداخل الفرد أو كمثير من البيئة يؤدي إلى حدوث مؤثر ما. وتغيير سلوك التدخين هنا يكون بإحداث نوع استجابة جديد (عدم التدخين) ويؤدي في نفس الوقت إلى إشباع الحاجة الداخلية (المثير) أو البيئة، وبالتالي يكتسب هذا الشخص سلوكاً/عادة جديدة غير التدخين.

النظرية المعرفية: تعتمد هذه المدرسة على أن التعلم يتم عن طريق حفظ المعلومات وتنظيمها واسترجاعها، وهذا يتم عن طريق الاستبصار والملاحظة والفهم والتنظيم وإدراك العلاقات.

النظرية الاجتماعية المعرفية: ومن العلماء الذين عملوا في هذه النظرية ألبرت بندورا (Bandura). وتعتمد هذه النظرية على كل من المدرسة المعرفية والسلوكية، حيث تنص في جوهرها على أن الإنسان يستجيب بناء على المعرفة العقلية التي تتأثر بالبيئة، أي أن الاستجابة تعتمد على البيئة والمعرفة العقلية معاً. وفي هذا الإطار فإن الإنسان يتعلم المعرفة والمفاهيم والمعتقدات عن طريق الملاحظة observation للآخرين. فنحن نتعلم نتيجة مشاهدتنا لفيلم سينمائي أو مشاهدة سلوكيات أهالينا أو أصدقائنا. هذا وقد فصل العالم بندورا أربع مراحل تحدث عند مراقبة وملاحظة الآخرين، وهي كما يلي:

أ ـ الانتباه attention

هنا تحدث عملية انتباه لمشاهدة ومراقبة أناس مهمين ومقربين وذي مكانة عالية في حياة الفرد كالأب أو الأم أو المدرّس أو بطل رياضي قومي مشهور أو ربما ممثل مشهور. وعادة ما يسمّى مثل هؤلاء النموذج/القدوة (Role Model) إذ يقوم الفرد بمراقبتهم وملاحظة سلوكياتهم وقيمهم ومعاييرهم من مأكل وملبس وطريقة كلام ... الخ.

ب ـ الاحتفاظ والتذكر retention

هنا يقوم الإنسان بتذكر وحفظ ما قام بمشاهدته في ذاكرته.

ج ـ التقليد أو المحاكاة reproduction

يقوم الشخص بهذه المرحلة باتباع السلوك المكتسب الجديد الذي شاهده وحفظه من الآخرين أثناء ملاحظته لهم.

د ـ الحافزية أو الدافعية motivation

لا بد من توافر الدافع لاتباع السلوك المكتسب وهذا شرط من شروط التعلم بالملاحظة، إن وجود العقاب والثواب يؤثر في حافزية تعلّم سلوك جديد تمت مشاهدته لدى الآخرين.

وقد أضاف بندورا أن السلوك المراد تعليمه ينتظم ويحفز بوجود معيار داخلي وتقييم ذاتي عند الفرد نفسه. وتعرف الكفاءة الذاتية Self-Efficacy على أنها إيمان الشخص بقدرته على إجراء وتنفيذ سلوك معين. وهناك أربعة مصادر لهذه الكفاءة الذاتية وهي:

- أداء الفرد الذاتي إذا ما كان أداء عالي الفاعلية أو ضعيفاً؛
- مشاهدة أداء الآخرين كالأهل والأصدقاء؛
- رأي المقربين كالأصدقاء والأهل بأداء الفرد وتأثيرهم عليه؛
- الحالة الفيزيولوجية للجسم.

وتؤثّر هذه المصادر الأربعة في مدى ثقة الفرد بأنه قادر على القيام بأداء سلوك جديد أو عدم أدائه.

تقييم الدافعية للتعلم والاحتياجات للتثقيف الصحي

تعتبر الدافعية motivation القوة والإثارة التي تعمل داخل الفرد وخارجه لبدء سلوك جديد، أو مواصلة سلوك قديم، أو توجيه السلوك. وتعتبر الدافعية مفتاح عملية التعليم والتعلم، فبدون وجودها لا يغير الإنسان السلوك. أما الجاهزية Readiness فتعرف على أنها الدلائل على وجود الدافعية في وقت ما. وسوف نتحدث هنا عن نموذج للمعتقدات الصحية health belief model، وعن بعض مبادىء الدافعية التي يجب تقييمها ضمن الخطوة الأولى في عملية التعليم والتعلم، وعن تقييم الجاهزية والحاجات للتعلم.

نموذج المعتقدات الصحية واستعمالاته في التقييم

لقد بني وطور هذا النموذج من نظرية الدافعية ليكون إطاراً لتفسير سبب قيام بعض الناس باتباع سلوك للوقاية من المرض بينما يفشل الآخرون. لهذا وُضع هذا النموذج لمعرفة لماذا لا يذهب الناس لتطعيم أولادهم، أو لماذا لا تقوم المرأة بعمل فحص ذاتي للثدي، أو لماذا لا يقوم مريض الضغط بتناول طعام قليل الملح. فمن أجل الإجابة عن سبب الدافع الذي يمنع الناس من سلوك موقف وقائي تم استخدام نموذج المعتقدات الصحية.

هذا ويقسم النموذج إلى ثلاثة أجزاء رئيسية هي:

1 ـ الإدراك الحسي الشخصي individual perceptions ويشتمل على ثلاث نقاط:

(أ) إدراك حسي بإمكانية التعرض للمرض، وجود والد أو قريب مريض بالأسرة، مصاب بارتفاع ضغط الدم مثلاً، يجعل الفرد يدرك أنه قد يكون معرضاً للإصابة بالمرض.

(ب) إدراك حسي بجدية الإصابة، وجود أمراض خطيرة مثل الإيدز وانطباع الناس عنه تجعل الإنسان يدرك جدية إمكانية إصابته.

(ج) إدراك حسي بخطر المرض.

2 ـ العوامل المغيرة وتشتمل على ما يلي:

(أ) العوامل الديموغرافية، كالجنس والعمر.

(ب) العوامل النفسية الاجتماعية، كتأثير الأصدقاء على الفرد وضغطهم عليه.

(ج) المتغيرات المنتظمة، كوجود معرفة بالمرض، أو إصابة المريض بالمرض سابقاً.

3 ـ أرجحية القيام بإجراء وقائي، وتشتمل على ما يلي:

(أ) إدراك فوائد القيام بإجراء وقائي.

(ب) إدراك عوائق القيام بإجراء وقائي.

وهكذا تعمل هذه العناصر الثلاثة على مساعدة الفرد في اتخاذ إجراء وقائي أوصى به الممرض أو الفريق الصحي، حيث يقوم الإنسان بعملية حساب لأيهما أرجح: فوائد اتخاذ إجراء وقائي أم عدم اتخاذ إجراء وقائي. ولا يقوم الفرد عادة باتخاذ إجراء أو سلوك إلا إذا:

1 ـ اعتقد أنه معرض للمرض.

2 ـ اعتقد أن المرض سوف يؤدي إلى تأثير جدي على حياته إذا أصيب به.

3 ـ اعتقد أن بعض الإجراءات والسلوكيات يمكن أن يقلل من احتمالية إصابته بالمرض أو من مستوى خطورته.

4 ـ اعتقد أن إجراء السلوك/الفعل ليس بالخطر العظيم كخطر المرض نفسه.

ويعد نموذج المعتقدات الصحية وسيلة تقييم للحافزية أو الدافعية للتعلم نستعملها قبل البدء بالتثقيف الصحي. فلو طبقنا هذا النموذج على تعليم النساء أهمية القيام بالفحص الذاتي للثدي، علينا أن نقيم ما يلي قبل القيام بالعملية، وذلك لنعرف أرجحية قيام المرأة بفحص الثدي عند إعطائها المعلومة:

1 ـ إدراك جدية التعرض لسرطان الثدي ـ قد نسأل المرأة، «هل السبب الذي يجعلك لا تقومين بفحص ذاتي لثديك هو أنك تعتقدين أنك لن تصابي بالسرطان»؟

2 ـ إدراك إمكانية التعرض لسرطان الثدي ـ قد نسأل، «عندما تصاب صديقتك أو جارتك بالسرطان هل تشعرين أنه يمكن أن يصيبك أنت شخصياً»؟

3 ـ فوائد إجراء الفحص الذاتي ـ نسأل، «إذا ما قمت فعلاً بالفحص واكتشفت أنك

مصابة بسرطان ثدي في المرحلة الأولى، هل تعتقدين أنه يوجد فرصة لك لتعيشي حياة طويلة دون أن تموتي بسبب السرطان»؟

4 ـ عوائق القيام بإجراء الفحص الذاتي للثدي ـ نسأل، «هل تعتقدين أن الفحص الذاتي شيء صعب ولا تستطيعين القيام به»؟ ويمكن أن نسأل أيضاً، «هل تشعرين بالإحراج عندما تقومين بفحص ثديك»؟

مبادىء عامة في الحافزية أو الدافعية بحاجة للتقييم

هناك عدة نظريات للدافعية يمكن استخدامها في تقييم الدافعية، لكننا سوف نذكر هنا مبادىء تهمنا في عملية التعليم والتعلم وفي رفع دافعية الناس من أجل التعلم ونقيّمها وهي كما يلي:

1 ـ البيئة

تساعد البيئة في تركيز انتباه المستفيد حول ما يجب تعلمه. فخلق بيئة صحيحة وهادئة يساعد على زيادة الدافعية، كما أن استعمال وسائل إيضاح لسلوكيات خاصة كالصور والملصقات المأخوذة من البيئة المحلية أو الأفلام يساعد في زيادة الدافعية للتعلم. لذا على الممرض تقييم بيئة التعليم إذا ما كانت تحوي عوائق أمام إجراء التعليم.

2 ـ الباعث Incentive

يساعد إيجاد الباعث في تعلم أساليب الوقاية أو تعزيز الصحة. ولهذا يجب عند القيام بالتقييم البحث عن وجود بواعث في حياة الفرد قد تساعده في تغيير السلوك.

3 ـ الحافزية أو الدافعية الداخلية

تعتبر أقوى وأطول أمداً من الدافعية الخارجية، وذلك لأنها تسير ذاتياً من داخل الفرد ولا تعتمد على المكافآت الخارجية. لذا يجب أن نعرف ما إذا كان هناك دافعية داخلية أم خارجية عند المستفيد.

4 ـ القلق الخفيف Mild Level of Anxiety

وجود قلق خفيف عند التقييم يعني أن هناك حافزية أو دافعية للتعلم. أما وجود قلق عالٍ أو قليل جدًا فيعتبر مانعاً للحافزية أو للدافعية. على سبيل المثال، لا تستطيع أن تقوم بإرشاد عائلة عن أمر ما إذا ما فوجئت للتوّ بأن أحد أفراد الأسرة قد شخص بأنه مريض بالسرطان.

تقييم الجاهزية Readiness

الجاهزية هي القدرة على الانشغال بالنشاط التعليمي لوجود دافعية للتعلم. ويكون التعليم عالي الفاعلية عندما يكون الإنسان عالي الجاهزية، وهي تعتمد على عدة عوامل:

أ ـ الحافزية أو الدافعية
ب ـ النضج النفسي
ج ـ النضج الفيزيولوجي ومستوى عافية وصحة المستفيد
د ـ الخبرة السابقة بالمرض أو المعرفة السابقة بالموضوع

وفيما يلي نقدم بعض الأسئلة التي تساعد في تقييم جاهزية المستفيد:
1 ـ هل يملك المستفيد الدافعية للتعلم؟
2 ـ هل يثق المستفيد بأنه قادر على التعلم؟
3 ـ هل لدى المستفيد تقدير ذاتي عالٍ للتعلم؟
4 ـ ما مستوى الدعم الذي يحصل عليه المستفيد من قبل عائلته أو أصدقائه؟
5 ـ ما أهمية دعم العائلة أو الأصدقاء له؟
6 ـ هل المستفيد مستعد لتعلم سلوك سوف تظهر نتائجه بعد فترة من الزمن بينما يؤدي اتباع هذا السلوك حالياً إلى عدم الراحة (مثال: الإقلاع عن التدخين).

تقييم المستوى التعليمي

إن معرفة وتقييم المستوى التعليمي للمستفيد يعتبر من أساسيات التقييم، فنحن لا نستطيع تقديم نشرة صحية لسيدة أمية، كما لا نستطيع تقديم محاضرة معقدة لمجموعة ليست حاصلة على الثانوية العامة. لهذا فإن تقييم المستوى التعليمي يجب أن يتم قبل البدء في برنامج التثقيف الصحي.

تقييم العوامل الاقتصادية والاجتماعية

إن الذي يملك مصادر مالية يستطيع دفع بدل شراء خدمات صحية أو وسائل معينة تساعده على تحسين صحته إذا ما نصح بشرائها. كذلك فإن الوضع الاجتماعي ومكانة الفرد في الأسرة والمجتمع ترتبط بصحة المستفيد وتؤثر فيها. لذا علينا تقييم مثل هذه الأمور عند القيام بعملية التثقيف الصحي. على سبيل المثال، لا يستطيع الممرض أن يقول للأم عليك وضع طعام طفلك بالثلاجة حتى لا يفسد، فتقول الأم أنا لا أملك ثلاجة لأنني فقيرة، فماذا أفعل بطعام ابني؟

تقييم ومعرفة حاجات التثقيف الصحي

إن تقييم الاحتياجات يكون إما بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

الطريقة غير المباشرة: تتم هنا معرفة الحاجات إما عن طريق ملاحظة السلوك بطريقة غير مباشرة، مثلما يحدث عندما تأتي السيدات لتلقيح أبنائهن، ويلاحظ الممرض أن الأمهات لا يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية، وإما عن طريق قراءة ملف المراجعين في

المركز الصحي وإيجاد حالات أو مشاكل لدى بعض المستفيدين تستدعي البدء بعملية تعليم، وإما ربما عندما يقوم الممرض بزيارة المنازل واكتشاف بعض المشاكل الصحية التي تحتاج إلى تثقيف بشأنها.

الطريقة المباشرة: في هذه الحالة يتم التقييم عن طريق توزيع استبيان أو إجراء مقابلات رسمية مع الأفراد، أو العائلات، أو الجماعات. وتساعد عادة المعلومات التي يتم جمعها بالطريقة غير المباشرة في بناء المقابلات أو الاستبيان أو الأسئلة. ولو نظرنا إلى المثال التالي يتضح ماذا نعني بما سبق: قامت ممرضة المركز الصحي بزيارة ميدانية لعدة منازل لمتابعة بعض الحوامل. وأثناء زيارتها لمنزلين متجاورين لاحظت أن الأم في كل منزل تطعم أطفالها وجبة إفطار تتكون من الشاي والخبز، ثم فتحت الممرضة ملف العائلتين فوجدت أنه يوجد أطفال يعانون من فقر الدم ونقص في الحديد (هذا يسمى طريقة غير مباشرة). فقررت بناء على هذه المعلومات سؤال السيدتين المسؤولتين عن تغذية أطفالهما ماذا تعرفان عن الغذاء السليم لطفل ما قبل المدرسة (تقييم مباشر) فوجدت أنهما لا يعرفان الكثير وأن هناك حاجة للتعليم حول التغذية السليمة من أجل منع سوء التغذية.

الأهداف التعليمية

بعد أن ننهي عملية التقييم بتحديد احتياجات المستفيد الصحية، وتحديد المشكلة/ المشكلات الصحية، تأتي الخطوة التالية في عملية التعليم وهي وضع الأهداف. وتتبدّى أهمية الأهداف ودورها في العملية التعليمية في مجالين هامين هما:

- مجال التعليم
- مجال التقييم

ففي مجال التعليم، تسهم الأهداف في تزويد الممرض بقاعدة سليمة لاختيار المادة التثقيفية وتخطيطها وتنفيذها على النحو المناسب. فإذا لم يبدأ الممرض نشاطه في التثقيف الصحي بتحديد مجموعة أهداف صريحة واضحة، فلن يتمكن من تنفيذ هذا النشاط على النحو المرغوب فيه. ولا تقتصر أهمية الأهداف على توجيه نشاطات الممرض فحسب، بل توجه كذلك نشاطات المستفيدين التعليمية. فالمستفيد الذي يعرف الأهداف التي يجب عليه إثباتها بعد إنهاء أي برنامج تثقيفي يحاول غالباً توجيه انتباهه وتكريس جهوده لتحقيق هذه الأهداف، وبذلك يتبين أن الأهداف تعمل كموجهات للسلوك التعليمي.

يتبدى دور الأهداف في مجال التقييم إذ إنها تشكل محكّات أساسية للعملية التقييمية. فعملية التأكد من التغيرات التي تحدثها النشاطات التعليمية والتعلمية وتقدير فاعلية التعليم ومدى تقدمه أو نجاحه هي من الأمور التي يصعب الوصول إليها دون استخدام مجموعة محكات يجب اشتقاقها من الأهداف.

الأهداف السلوكية

لما كان التثقيف الصحي معنياً أصلاً بإحداث تغيرات في السلوك، كان لا بد من تحديد هذه التغيرات بدلالات سلوكية محددة على نحو تفصيلي دقيق، بحيث تجسد في أداء ظاهري يمكن ملاحظته وقياسه وتقييمه.

وينطوي الهدف السلوكي على مكونات محددة، هي التالية:

أ ـ السلوك أو الأداء المتوقع قيام المتعلم به بعد عملية التعليم

ب ـ الشروط أو الظروف التي يظهر هذا السلوك من خلالها

ج ـ مستوى الأداء المقبول الذي يحدد مدى تحقيق الهدف المرغوب فيه.

تصنيف الأهداف السلوكية

يقوم نظام تصنيف الأهداف التربوية على تقسيمها إلى مجالات ثلاثة، هي:

1 ـ المجال المعرفي

2 ـ المجال العاطفي الوجداني

3 ـ المجال النفس حركي

هذا التقسيم الثلاثي مع النظرة الثلاثية لأبعاد النماء والتطور الإنساني القائلة بإن التغيرات التي تحدث للفرد على طريق النماء والتطور إنما تطرأ على معارفه وعواطفه ومهاراته الحركية الأدائية.

1 ـ المجال المعرفي

في المجال المعرفي تتطور قدرة المتعلم على الإدراك والفهم وإصدار الأحكام والتعليل وغير ذلك من القدرات العقلية. وقد قام (بلوم) ورفاقه سنة 1956 بتقسيم الأهداف التربوية في المجال المعرفي إلى ستة أقسام تنطلق من أبسط القدرات المعرفية إلى أكثرها تعقيداً، وهي: المعرفة، الاستيعاب، التطبيق، التحليل، التركيب، التقييم.

2 ـ المجال العاطفي الوجداني

في المجال العاطفي الوجداني يطرأ التطور والتغير على الكيفية التي يشعر ويحس بها المتعلم ويثمن الأشياء أو الأهداف ويقيمها، أو أنها تغيرات تحدث في مواقف المتعلم واتجاهاته وقيمه.

وقام كارثول ورفاقه سنة 1964 بتقسيم الأهداف في المجال الوجداني إلى خمسة مستويات، هي على النحو التالي:

1 ـ مستوى الاستقبال والانتباه للمثيرات

2 ـ مستوى الاستجابة الإيجابية للمثيرات
3 ـ مستوى إعطاء القيمة أو تقييم الأشياء
4 ـ مستوى تنظيم القيمة
5 ـ مستوى تمثل القيم والاعتزاز بها

3 ـ النفس حركية

تتناول الأهداف النفس حركية الطريقة التي يتمكن فيها المتعلم من السيطرة على حركات أعضاء جسمه المختلفة والتنسيق فيما بينها بشكل يسر واستخدامها في تحقيق غايات محددة ومقصودة. وهي تشتمل على الحركات المركبة مثل: الكتابة، القراءة، إعطاء حقنة الانسولين.

طرق التعليم والتنفيذ

بعد التقييم ووضع الأهداف، على الممرض أن يبدأ البحث عن أفضل طريقة لتعليم الأفراد أو الجماعات كما يلي:

التثقيف الصحي للأفراد

تختلف طرق التثقيف الصحي للأفراد عن الطرق التي تستخدم مع المجموعات، إذ إن تعليم فرد واحد يتم بطريقة غير رسمية. فبعد تقييم الأهداف السلوكية المشتركة للفرد ووضع أهدافها، غالباً ما تكون طريقة التعليم على شكل تشاور ومواجهة فردية حيث تقدّم للفرد المعلومات بأسلوب المحادثة الشفهية والمواجهة مع حوار ونقاش وطرح أسئلة وإجابتها. ويتناقش الممرض مع الفرد من أجل تمكين الفرد من اكتساب سلوك جديد أو إيجاد حل لمشكلة قائمة. ويعتمد أسلوب التشاور على مهارات الاتصال والتواصل.

التثقيف الصحي للجماعات

قبل اختيار أي طريقة للتثقيف الجماعي يجب التاكد من إشراك الناس في اختيار الطريقة التي تضمن تحقيق الأهداف السلوكية، وتضمن مشاركة فاعلة. وهناك طرق مختلفة ولكل طريقة من الطرق قواعد وأسس لا بد من مراعاتها. وسوف نذكر فيما يلي عدداً من طرق تعليم الجماعات وتقنياتها:

المحاضرة: وتسمى بالطريقة الإلقائية، وقد دلت التجارب على فشل هذه الطريقة في تعليم الأطفال. وهي طريقة جيدة عند وجود عدد كبير من الناس والمستمعين وتقدم المعلومات بشكل لا يتعدى المستوى الأول من تصنيف بلوم وهو المعرفة والاستظهار. ويعتقد البعض أن طريقة المحاضرة مملة، ومشجعة للاستظهار. ومن أساليب تفعيل

المحاضرة: استثارة اهتمام المستمع منذ البداية، استخدام لغة ذات مستوى مفهوم، استخدام أكثر من حاسة أثناء الشرح، تلخيص المحاضرة، استعمال نبرات صوت مختلفة.

المناقشة: هي طريقة تقوم على المحادثة التي يتبعها المدرس مع المجموعة حول موضوع التثقيف، ويكون الدور الأول فيها للمدرس الذي يقوم بإيصال المعلومة إلى المستفيدين بطريقة الشرح وطرح الأسئلة وربط المادة قدر الإمكان للوصول إلى خلاصة أو تعميم، وتطبيقها على أمثلة ذات صلة. ولكي تنجح المناقشة أحياناً يجب أن: لا يتجاوز حجم المجموعة عشرين فرداً، وأن يكون هناك وعي بالأهداف المطلوبة من المناقشة، وأن يعد الممرض أسئلة تكون مبسطة ومتتابعة وهادفة من النوع الذي يدفع إلى التفكير والاستفسار. وأحياناً يعد الممرض أسئلة تكون مبسطة ومتتابعة وهادفة من النوع الذي يدفع إلى التفكير والاستفسار وحب الاستطلاع. وتستخدم المناقشة للتعليم في المجالات المعرفية والوجدانية.

العرض **Demonstration**: هي طريقة تستخدم لتعليم المهارات النفس حركية. والعرض الفعال هو الذي يمزج مهارات لفظية، ومهارات نفس حركية، وإذا تبع العرض ممارسة فورية تكون النتيجة عرضاً عالي الفاعلية. وعلى الممرض أن يتأكد من أن إعادة العرض من قبل المجموعة كان صحيحاً ومتقناً.

دراسة الحالة: هي تقديم موقف معقد يعطى للمجموعة للقيام بتحديد نقطة الخلاف الأساسية في هذا الموقف واقتراح حل لعلاج هذا الموقف. وهذه الطريقة تساعد الناس في حل مشكلاتهم الجماعية.

التمثيل وأداء الأدوار: يعني تمثيل أوضاع وأخطاء والمشاكل الصحية الواقعية الموجودة في البيئة، حيث يتلقى الممثل وصفاً للشخصية التي يتقرر قيامه بتمثيلها ويحاول التصرف والتمثيل كما يتصرف صاحب الشخصية/الدور الأصلي. وبعد انتهاء تمثيل الأدوار يقدم كل من الممثلين والمستمعين تعليقاتهم وردود فعلهم. ثم تتم مناقشة هذه الأدوار التي مثلت ومدى رضى المجموعة عنها ومدى إمكانية تغيير سلوكيات أصحاب هذه الأدوار أو إيجاد حل لمشاكلهم. ومن حسنات هذه الطريقة، المشاركة الفاعلة من المتعلمين واستخدامها لاكتساب السلوكيات الوجدانية العاطفية.

حلقة العمل التدريبية: هي نموذج من المناقشات الهادفة للمجموعات، يتم فيها العمل بشكل تعاوني لإنجاز مشروع معين وفق جدول منظم بحيث يسفر هذا العمل عن إنتاج تعليمي معين. فهي مجموعة عمل تدريبية لمساعدة المجموعة على اكتساب مهارات ومعارف جديدة وخاصة.

اختيار وسائل الإيضاح المستخدمة في التثقيف الصحي (الوسائل السمعية والبصرية)

وهي وسائل تساعد في توضيح التعليم وتوصيل المعلومة بالاعتماد على استخدام أكثر من حاسة لدى المستفيد وتدخل التنوع في عملية التعليم. ولكل طريقة حسناتها وسلبياتها، وسوف نقدم بعضها فيما يلي:

1 ـ الملصقات: تستخدم الملصقات الجدارية في عملية التثقيف الصحي لتعليم الناس أسس الممارسة الصحية السليمة، ويجب أن تكون الصور واضحة ومعبرة وتشتمل على فكرة واحدة لا أكثر لتجنب الإرباك والالتباس.

2 ـ الشفّافيات: وهي صور شفافة يتم عرضها على شاشة بيضاء أو جدار بواسطة جهاز عرض الشفافيات، وهي كثيرة الاستعمال في المحاضرات والندوات.

3 ـ الشرائح: وهي عبارة عن صور وشرائح فوتوغرافية ثابتة تشتمل على عدد من الصور المتلاحقة والمترابطة التي تبرز تسلسل العرض وتسلسل الشرح.

4 ـ الصور الثابتة: وهي تشمل الصور الفوتوغرافية، والرسومات اليدوية والبيانات التوضيحية.

5 ـ المعارض Exhibitions: وهي اختيار عدد من المعلومات والنماذج والرسوم واللوحات والصور والمجسمات والآلات والأدوات التي تتعلق بقضايا صحية من واقع الحياة التي يعيشها الناس، مع الأخذ بعين الاعتبار ضرورة التركيز على موضوع معين أو مشكلة معينة.

6 ـ الأفلام والسينما: وهي محبَّبة لدى الناس إذ تقدم اللون والصوت والصورة، وقد يتعلم الناس منها سلوكيات ومواقف جديدة. ومن مشاكلها أنها تضعف المشاركة بين الأفراد، وهي موجودة بكثرة لدى الوزارات والهيئات التطوعية.

7 ـ المنشورات والكتيبات: وهي مادة مكتوبة بطريقة مختصرة وذات لغة بسيطة، ومليئة بالصور ويمكن استخدامها لمساندة التعليم عن طريق التذكير بالرسالة الصحية والتزويد بمعلومات إضافية أو شرح خطوات تحقيق هدف نفس حركي، ويجب أن لا تكون أساس التثقيف الصحي. ويبين الجدول (1) المزيد من الوسائل السمعية والبصرية.

وسائل إيضاح
مطبوعات، ملصقات، معارض، أوراق العرض، اللوحات الوبرية، الصور الفوتوغرافية، الشرائط المسجلة، أفلام الفيديو، الأفلام السينمائية، الصحف، المجلات، الإذاعة، التلفزيون، المنشورات، الأغاني، التمثيليات، أفلام الرسوم المتحركة، اللوح والطبشورة.

الجدول (1) وسائل سمعية وبصرية

وعند اختيار أو إعداد وسائل معينة للإيضاح، علينا أن نتأكد من أنها وسائل فعالة وتقابل الحاجة الخاصة لكل فرد، وأن لا نعتمد عليها وحدها دون المادة التعليمية. وللتأكد من أن الوسائل فعالة علينا أن نسأل ما يلي:

- هل المادة العلمية مكتملة في الوسيلة؟
- هل المادة العلمية حديثة وليست قديمة؟
- هل المادة العلمية صحيحة؟
- هل المادة العلمية عميقة؟
- هل المادة العلمية واضحة؟
- هل المادة العلمية موضوعية؟
- هل المادة العلمية مناسبة للفئة المستهدفة؟
- هل المادة العلمية لا تحوي أي تحيز؟
- هل المادة العلمية تتقدم من السهل إلى الصعب؟
- ما الذي تتوقع أن يعرفه المستفيد قبل أن يرى أو يقرأ أو يسمع الوسيلة المساعدة؟

التقييم

تهدف هذه الخطوة إلى معرفة التقدم الذي حدث في تغيير المفاهيم والسلوكيات، ومدى تحقيق الأهداف السلوكية. وعلينا أن نعرف أن التقييم ليس مقصوراً على نهاية البرنامج بل هو عملية مستمرة منذ بداية التقييم للحاجات، ومن ثم في وضع الأهداف، وطرق التعليم والتنفيذ.

والتقييم يجب أن يكون مبنيًا على مقدار كافٍ من المعلومات التي تم جمعها من مصادر مختلفة بوسائل عديدة. وتتضمن أساليب الحصول على المعلومات الطرق التالية: الاختبارات مثل اختبار قبلي واختبار بعدي، والملاحظات المباشرة وغير المباشرة، والسجلات التراكمية، والاستطلاع، واستخدام نتائج المشارك الملاحظ، واستخدام تلخيصات المقابلات والحوار، والأعمال الكتابية والأنشطة، والتطبيقات، وغيرها.

ويعتمد استخدام وسيلة جمع المعلومات التقييمية على عوامل عديدة منها نوع التثقيف الصحي. فلو كان التثقيف فرديًا وتم بطريقة العرض، فإن الوسيلة سوف تكون التطبيق للعرض، والمتغيرات المراد تقييمها، والمدة الزمنية المعطاة لفترة التقييم، وكلفته.

نماذج واستراتيجيات فاعلة لتغيير السلوك

يعتقد الكثير من الممرضين أن عليهم أن يقوموا بكل الحديث والكلام عندما يقوموا بالتثقيف الصحي. فإذا ألقت الممرضة محاضرة تثقيفية ولم يتعلّم المستمعون فهذا يعني أنها قامت بعملية كلام فقط وليس عملاً تعليمياً. وفيما يلي بعض النقاط ذات العلاقة بتفعيل عملية التعليم من أجل تسهيل عملية التغيير في السلوك.

أ ـ وضوح التعليم: فعلى المستفيدين سماع ما نقوله بوضوح، وقراءة ما كتبناه. وأحياناً تكون اللغة مسموعة لكن غير مفهومة المعنى لأنها ليست بمستوى المستمعين. لهذا عليك استعمال لغة سهلة سلسة، واستعمال وسائل إيضاح بصرية مثل جهاز عرض الشفافيات أو جهاز الشرائح بحيث يرى المستفيدون ما تقول، بعد ذلك قم بعملية تلخيص لكل موضوع انتهيت من تعليمه.

ب ـ جعل المادة التعليمية ذات معنى: عندما تقدم المادة بطريقة ذات معنى منطقي فإن التعلم يكون أسرع. قدّم في البداية ما الذي ستفعله أو تتكلم عنه، ثم حاول ربط كل ما تقوله بنمط حياة المستفيدين وبيئتهم، واستعمل العديد من الأمثلة، واربط التعليم بعمل الناس.

ج ـ استخدم مبدأ التعليم النشيط بالمشاركة active learning: ويتم ذلك عن طريق استخدام السؤال والجواب في الجلسات، أو حل التمارين أو التطبيق العملي في حالة تعليم مهارات نفس حركية.

د ـ ارتجاع المعلومات: عندما نعلّم مهارة ما ويطبقها المستفيد، علينا أن نخبره إذا قام بتطبيق جيد، أو إذا وجدت بعض العيوب في التطبيق. كذلك إذا لاحظنا أن المستفيد قد غير موقفه بعد التعليم أو ازدادت معرفته بموضوع التعليم، علينا دائماً إعلامه بأنه أنجز إنجازاً جيداً في تغيير سلوكه أو العكس. وفي حال عدم تحقيق إنجاز أو تغيير للسلوك، علينا إعلام المستفيد كيف يمكن أن يعود ويحاول تغيير سلوكه.

هـ ـ إظهار الاهتمام للمستفيد caring: إظهار أن الممرض يهتم فعلاً بموضوع تغيير السلوكيات، وأننا مستمعون جيدون لهم ولمشاكلهم الصحية.

ويبين الجدول (2) نقاطاً إضافية تساعد في جعل التعليم أكثر فاعلية.

استراتيجيات من أجل الحصول على تعليم فعال

1 ـ لا تتحدث بسرعة
2 ـ استعمل جملاً سهلة
3 ـ لا تستعمل كلمات تقنية
4 ـ لا تتوقع أن يفهم المستفيد كل شيء مرة واحدة
5 ـ لا تحكم على المستفيد بل قدم له معلومات ارتجاعية

6 ـ تحدّث في نفس مستوى لغة المستفيد
7 ـ لاحظ أي إشارات وتعابير تصدر من المستفيد والتي قد تعني أنه لم يفهم
8 ـ حاول تحفيز المستفيد على حاجاته
9 ـ احذر من إظهار أي تحيز للدين أو الثقافة أو المستوى التعليمي
10 ـ حضر نشاطات تعليمية تتناسب مع درجة نمو وتطور ونقاط قوة المستفيد
11 ـ أقم علاقة طيبة مع أولئك المستفيدين حتى يشعروا بارتياح نحوك
12 ـ أنصت إلى ما يقوله المستفيد وأعره اهتماماً بالغاً وشجعه على التحدث بحرية، ولا تجادله

الحواجز والعوائق أمام تنفيذ التثقيف الصحي

إن التغير في السلوكيات، وخاصة الوجدانية العاطفية المتعلقة بالعادات الصحية الخاطئة، يواجه عادة مقاومة وعوائق بالتغيير. وتقسم هذه العوائق إلى عوائق اقتصادية، وعوائق ثقافية اجتماعية، بالإضافة إلى عدم المشاركة في التثقيف الصحي.

العوائق الاقتصادية: ومن أمثلتها، ما يلي:

أ ـ الوقت: إن عدم توفر الوقت قد يؤثر في اكتساب وتوفر سلوك جديد. فمثلاً عندما يطلب الممرض من الأم البقاء في المركز من أجل حضور محاضرة عن نمو وتطور الطفل قد تقول السيدة إنني امرأة عاملة وعلي العودة إلى العمل.

ب ـ المال: إن عدم توفر النقود قد يؤدي إلى أنماط سلوكية خاطئة. فمثلاً، قد يقول مريض تصلب الأوعية والشرايين إنه لا يستطيع توفير لحم أحمر خال من الدهن لأنه مكلف جداً.

العوائق الاجتماعية الثقافية:

أ ـ المعتقدات: إن المعتقدات جزء من أسلوب الحياة، وهي تبين ما هو مقبول وما هو غير مقبول. وتكون المعتقدات عادة متجذّرة في المجتمع ومن الصعب تغييرها. مثلاً، تعتمد بعض المجتمعات العربية على العلاج بالكي أو على الطب الشعبي. كذلك تعتقد الكثير من المجتمعات العربية بالعين الحسود، وبالتالي يقومون بوضع عين زرقاء لحماية أطفالهم من المرض.

ب ـ القيم: وهي الأشياء التي يوليها الناس أقصى قدر من الأهمية في حياتهم. على سبيل المثال، من قيم العرب عندما يكونون في المجالس، أن يقوموا بتقديم القهوة العربية وصبّها لجميع الحاضرين بنفس الأكواب، مما قد يؤدي إلى احتمال انتقال بعض الأمراض المعدية.

ج ـ المواقف: وهي تعكس ما يحبّه الفرد أو يكرهه وتتأثر بالمحيطين والبيئة. مثلاً عندما يملك شخص موقفاً إيجابياً من التدخين فإنه يصعب تغييره بسهولة.

عدم المشاركة:

إن تشجيع الناس على المشاركة في التثقيف الصحي يؤدي إلى تفاعل قوي واهتمام بالتثقيف وبإجراء التغيير المطلوب للسلوك. ويجب أن تكون المشاركة منذ البداية في التعرف على المشكلة وتقييم الحاجات، ومن ثم في وضع الأهداف بحيث تكون أهدافاً تركز على المستفيد وليس على الممرض، ومن ثم المشاركة في تنفيذ التثقيف الصحي وتقييمه. وأخيراً على الممرض أن يعي أن مشاركة المستفيد تؤدي إلى إحداث إدراك مشترك ومتساوٍ للمشكلة، فإشراك المستفيد يؤدي مثلاً إلى تحمّسه وتأكده بأن المؤسسة الصحية والحكومة تعمل لصالحه فيزيد إقباله على برامج التثقيف الصحي.

أسئلة ونشاطات

1 ـ تخيَّل أنك سوف تقوم بعمل برنامج تثقيفي عن الغذاء السليم والوقاية من أمراض القلب والشرايين لرجال فوق سن الخمسين في بيتك. حضر خطة تثقيفية معتمداً على نموذج المعتقدات الصحية في التقييم والتخطيط.

2 ـ راقب تنفيذ ثلاث مناقشات تثقيفية قام بها زملاؤك لثلاثة مجموعات مستفيدة إما في مركز صحي أو مستشفى أو منزل. حلل استراتيجيات التعليم التي استعملوها، هل كانت جيدة أم متوسطة الجودة أم ضعيفة.

3 ـ ما هي الوسيلة التعليمية التي يمكن أن تستعملها مع سيدة أمية؟

مراجع للاستزادة

(1) حكمت فريحات، عبد المجيد الشاعر، عماد الخطيب: مبادىء في الصحة العامة/ عمان، الأردن: الطبعة الأولى 1988.

(2) Sundeen, G. Stuart, E. Rankin, S. Cohen, Nurse Client Interaction, Implementation The Nursing Process, fifth ed., St. Louis, Mosby, (1994).

(3) Klausmeier H.J., Education Psychology, fifth ed., New York, Harper Row, (1985).

(4) Redman, B., The Process of Patient Education, Seventh ed., St. Louis, Mosby (1993).

(5) Bandura, A., Social Cognitive Theory, Annals of Child Development 6: 1-60, (1989).

(6) Bandura, A., Self-Efficacy Mechanism in Human Agency, American Psychohologist, 37:122-147, (1982).

(7) Babcock, D., Miller, M., Client Education Theory Practice, St. Louis, Mosby, (1994).

(8) Becker, M.H., The Health Belief Model Personal Health Behavior: Thorofare, N.J.: Charles B. Slack, (1974).

(9) Kaluger, G. Kaluger, M., Human Development: The Life Span, St. Louis, Mosby, (1984).

(10) Bloom, B.S., Englehart, M.S., Frust, E.J., Hill, W.H. Krathwohl, D.R., Taxanomy of Educational Objectives, The Classification of Educational Goals, Handbook 1: Cognitive Domain. New York: Longman, (1956).

(11) Karthwohl, D.R., Bloom, B.S. Masia B.B., Taxanomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals. Handbook II: The Affective Domain. New York: David McKay, (1964).

(12) منظمة الصحة العالمية، التثقيف الصحي من أجل الصحة، دليل التثقيف الصحي في مجال الرعاية الصحية الأولية، الإسكندرية، منظمة الصحة العالمية، (1989).

(13) Rorden, J.W., Nurses as Health Teachers: A Practical Guide, Philadelphia, W.W. Saunders, (1987).

(14) Abbatt, F.R., Teaching for Better Learning: A guide for Teachers of Primary Health Care Staff, Second ed. Geneva, World Health Organization, (1992).

(15) ابتسام خليفات، التربية الصحية، الطبعة الأولى، سلطنة عمان، وزارة التربية والتعليم وشؤون الشباب، (1985).

الفصل السادس

التواصل Communication

يتعامل ممرض صحة المجتمع مع مجموعة متباينة من الأفراد من حيث السن والجنس والثقافة والمستوى التعليمي والفكري، مما يشكل عبئاً على الممرض ويتطلب منه أن يتسم بمهارة الاتصال والتعامل مع الناس وبقدرة فائقة على الإقناع.

والحوار الحرّ المفتوح مع المستفيدين هو طريق يحتاج إلى فن ومهارة من قبل الممرض. من هنا فإن حسن التواصل هو نوع من الاخذ والعطاء كما أن لممرض صحة المجتمع دوراً هاماً في نجاح عملية الاتصال من خلال التعامل مع المرضى وإعطائهم العناية التمريضية والتثقيف الصحي والمشورة. ومما لا شك فيه أن التواصل المباشر بين الفريق الصحي والمتلقين للنصح والعلاج يعتبر إحدى الوسائل لإنجاح العملية التثقيفية والعلاجية وإنجاح العملية التمريضية.

الأهداف

في نهاية الفصل سيكون القارىء قادراً على:

1. تعريف الاتصال والتواصل؛
2. شرح مكونات عملية الاتصال والتواصل؛
3. تحديد أنواع وطرق الاتصال والتواصل؛
4. شرح الوسائل المختلفة لتوصيل المعلومات؛
5. مناقشة أساليب الاتصال والتواصل؛
6. تطبيق مهارة الاتصال والتواصل؛
7. تجنب عوائق عملية الاتصال والتواصل؛
8. اتباع المبادىء العامة عند الاتصال والتواصل؛
9. القيام بعمل المقابلة الشخصية.

تعريف الاتصال والتواصل Definition of Communication

إن التواصل هو الوسط الذي من خلاله تأخذ العلاقات بين الأفراد مكانها الصحيح.

التواصل هو:

عملية إرسال واستقبال المعلومة بين شخصين أو أكثر بهدف تغيير مفاهيم وسلوك الطرف المستقبل، حيث يعتبر أحد الأشخاص مرسلاً للمعلومة ويعتبر الطرف الآخر مستقبلاً لها.

أو هو:

عملية إرسال واستقبال الرسائل بين الأفراد والجماعات، وهي عملية يتم فيها تبادل الأفكار بين المرسل والمستقبل بصفة مستمرة، حيث إن تبادل الأفكار بين المرسل والمستقبل يعبر عن مدى الاستجابة عند تلقي الرسالة.

وخلال عملية التواصل يقوم المرسل، وهو في العادة الممرض، بنقل الرسالة التي تشمل المعلومات الصحية إلى المستقبل، أي المستفيد. ويستجيب الأخير للرسالة بالتعبير عن مدى استيعابه من خلال التغيرات التي تحدث في تفكيره ومواقفه وتصرفاته وسلوكياته المختلفة. وهذا يوضح مدى تأثير رسالة الممرض عليه ويبين مدى نجاح عملية الاتصال أولاً ثم التواصل

عناصر التواصل (مكونات عملية التواصل) Communication Elements

للتواصل عدة عناصر، هي:

1 ـ المرسل Sender

والمقصود به الشخص الذي يبدأ عملية الاتصال، وهو الذي يقوم بإعطاء المعلومات، وهو مرسل الرسالة. يجب أن يكون المرسل ملمًا بالمعلومات وذا اتجاهات سليمة وشخصية مؤثرة وله طريقة مقنعة في المناقشات والمحاورات.

2 ـ المستقبل Receiver

الشخص أو الأشخاص المتلقين للرسالة، ويجب أن يكون لديهم استعداد لتقبل الرسالة والقدرة على فهمها، مع عدم وجود أي عوائق قد تمنعهم من تقبل الرسالة مثل العوامل الاجتماعية والعادات والتقاليد إلى آخره.

3 ـ الرسالة Message

وهي محتوى الاتصال بين الطرفين، ويجب أن تكون واضحة وسهلة ومفهومة حتى يكون الاتصال ناجحاً.

4 ـ الوسيلة Channel of transmission

وهي الطريقة التي يستخدمها المرسل لنقل الرسالة. وهناك وسائل عديدة يمكن للمرسل أن يستخدمها بشرط أن تكون ملائمة لمحتوى الرسالة وتكون في مستوى استيعاب المرسل إليه.

5 ـ المعلومات الارتجاعية (أو الاستجابة) Feed back

كل عملية اتصال يجب أن يكون لها نتيجة أو أثر، وهذا ما يسمى بالاستجابة. وقد يكون هذا الأثر إيجابياً أو سلبياً حيث إنه يعبر عن مدى التغير في المعلومات وأحاسيس واتجاهات المستقبل. وعادة ما يهتم المرسل بمعرفة أثر الرسالة في المستقبل، حيث يوضح ذلك مدى نجاحه في إحداث تغيير في سلوك المستقبل ومدى نجاح عملية الاتصال.

أنواع وطرق الاتصال أو التواصل

هناك أكثر من طريقة للاتصال إما لفظية أو غير لفظية، ويجب استخدام كل من الطريقتين معاً للوصول إلى الهدف المنشود.

1ـ الاتصال أو التواصل اللفظي Verbal Communication

الاتصال بالتخاطب أو باللغة المكتوبة لنقل المعاني والمشاعر والأفكار، ويمكن أن يكون عن طريق:

أ ـ الاتصالات الشفهية: إجراء المقابلات الشخصية والجماعية حيث تنقل الرسالة بالكلام عن طريق المحادثة والمناقشة.

ب ـ الاتصالات الكتابية: تنقل فيها الرسالة عن طريق الخطابات والمذكرات والتقارير والنشرات والرسومات.

ويختلف استخدام الأفراد للكلمات من مكان إلى آخر ومن منطقة إلى أخرى، ويعتمد على مدى فهم كل من المرسل والمستقبل للكلمات والمعاني وكيفية استخدامها في التعبير عنها. ومن أهم الأشياء التي تؤثر على الاتصال اللفظي نبرة الصوت وطريقة الكلام وفن الرد على التساؤلات واللغة.. إلى آخره. وتستلزم كل هذه المهارات قدرة فائقة من الممرض لتنميتها وحسن استخدامها.

2 ـ الاتصال غير اللفظي Non-Verbal Communication

يعبر عن طريقة تبادل المعلومات أو الرسائل بدون استخدام الكلمات. ويتم فيه الاتصال باستخدام حركات الجسم المختلفة. وهذه التعبيرات هي التي توضح مدى تقبل المستقبل للمعلومة المعطاة أو مدى رضاه عنها ودرجة تفهمه لها أكثر من التعبير بالكلام. ويمكن أن

تتم هذه التعبيرات بالأفعال والتصرفات مثل (اللمس، المسافة بين المتحدثين، نبرات الصوت، تعبيرات الوجه واليدين، وحركة العيون وتعبيراتها، الابتسام، العبوس، أو تعبيرات الحزن والسعادة أو القلق... إلخ). وعادة ما يكون هناك صعوبة في فهم الاتصال غير اللفظي وذلك لأن الحركات يمكن أن يختلف معناها ومغزاها من مجتمع لآخر ومن مجموعة من الناس لمجموعة أخرى. لذا يمكن أن يتم تفسير الرسالة الواحدة عدة تفسيرات من أشخاص مختلفين في ذات الوقت. ولكن الاتصال غير اللفظي يمكن أن يكون طبيعياً ويعبّر عن مشاعر الشخص الحقيقية عنه في الاتصال اللفظي وهذا يتطلب من الممرض أن يكون دقيق الملاحظة وذا قدرة فائقة على الفهم والتفسير المنطقي.

الوسائل المختلفة لتوصيل المعلومات

أ ـ من شخص إلى شخص: وتشمل الحديث غير الرسمي، والمقابلة السابقة للتخطيط، والمكالمة الهاتفية، والتقارير والسجلات، والرسائل والخطابات.

ب ـ بين المجموعات المختلفة: وتشمل الاجتماع غير الرسمي، والاجتماعات السابقة للترتيب والتجهيز، ونقل الرسائل عن طريق وسائل الإعلام، واستخدام لوحة الإعلانات، واستخدام الوسائل السمعية والبصرية المختلفة.

الأساليب الفعالة في عملية التواصل

أ ـ السكوت والاستماع الجيد Silence active attention listening

السكوت يشجع المستفيد على الاسترسال في التعبير عن شعوره ويعطي المستفيد الفرصة لتنظيم أفكاره. ويجب على الممرض أن يظهر الاهتمام بالمستفيد وأن يكون صبوراً. والاستماع الجيد ليس مجرد السكوت ولكنه يعني حسن الإصغاء لما يقوله المستفيد بغرض فهم رسالته جيداً والانتباه لكل ما يقوله. كما يعني مساندة المستفيد بتعبيرات الوجه وحركات الجسم المختلفة لإظهار مدى تفهم المرسل له وموافقته على ما يقوله.

ب ـ الشرح والتفسير Paraphrasing

إعادة صياغة ملاحظات المستفيد وأفكاره وذلك لتوضيح مدى تفهم الممرض لها. وذلك يساعد على معرفة إذا كانت أفكار المستفيد قد فُهمت بطريقة صحيحة أم لا، كما يحث العميل على توضيح مقاصده ويشجعه على الاستمرار في الحديث.

ج ـ انعكاس الأحاسيس Reflection of Feelings

وهو يوضح مدى القبول أو الرفض لأفكار وكلام المستقبل للرسالة. ويعمل على توضيح مشاعر المستفيد ومدى ملاءمتها للحديث اللفظي وذلك بالعمل على تكرار الأفكار الرئيسية التي يقولها المستفيد والعمل على تشجيعه على توضيح وجهة نظره.

د ـ استخدام الأسئلة Questioning

للبحث عن المعلومات والمساعدة على تفهم المستفيد والأشخاص الآخرين، تُطرح الأسئلة المباشرة المرتبطة بما يقال. ويمكن استعمال الأسئلة ذات الإجابات المستفيضة والجمل المفتوحة التي تساعد المستفيد على الاستمرار في الحديث والتي توضح أن الممرض يستمع جيداً ويهتم بما يقال. ويجب على الممرض أن يتجنب الأسئلة التي تبدأ بلماذا وكيف لأن إجاباتها تكون مغلقة ومختصرة.

هـ ـ إعطاء المعلومات Giving information

إعطاء الحقائق التي يحتاجها المستفيد وذلك بعد تقييم احتياجاته وكذلك مشاكله لإعطائه المعلومات التي تناسبه.

و ـ القبول Accepting

على الممرض أن يظهر مدى قبوله للمستفيد باستخدام حركات الجسم وتعبيرات الوجه والكلمات، وكذلك نبرات الصوت المختلفة... إلخ.

ز ـ الإيضاح Clarification

يجب على الممرض العمل على توضيح الكلمات والمعاني الغامضة أو غير الواضحة المعنى للمستفيد، وهذا يساعد المستفيد على توضيح مشاعره وأفكاره.

ح ـ تلخيص الأحاسيس Summarizing feelings

العمل على إعادة صياغة ما قاله المستفيد بالنسبة لمشاعره واتجاهاته والعمل على تقييم مشاعره ووضعها في كلمات وجمل من صياغة الممرض للتأكد من تفهمها الجيد.

ط ـ تلخيص محتوى الاتصال Summarizing content

يجب العمل على تلخيص المحتوى في نقاط رئيسية مبسطة ومترابطة وذلك للتأكد من وصول المعلومات بدقة وللتأكد من نجاح عملية الاتصال.

ي ـ التعليقات المناسبة Suitable comments

يجب الإدلاء بتعليقات مناسبة وبناءة أثناء الحديث لأن ذلك يعطي المستفيد الانطباع بمدى اهتمام الممرض به ويشجعه على مواصلة الحديث والتعبير عن مشاعره بطريقة فعالة وناجحة.

الأساليب غير الفعالة في عملية الاتصال Ineffective Communication

فيما يلي بعض الأمثلة على الأساليب المختلفة التي تتعارض مع التفاعل الناجح بين الممرض والمستفيد:

أ ـ إعطاء النصح Advising

العمل على إخبار المستفيد بما يجب أن يفعله وما يجب ألا يفعله هو طريقة غير مجدية وغير مطلوبة لأنه قد يفسر من وجهة نظر المستفيد على أنه غير قادر على اتخاذ قراراته بنفسه.

ب ـ الطمأنة الزائفة False reassurance

عندما يفرط الممرض في طمأنة المستفيد، يمكن أن يعطي المستفيد الإحساس بعدم وجود أي سبب يدعوه للقلق وينكر عليه مشاعره ويظهر الممرض بمظهر غير المتفهم لدوافعه وشعوره، كأن يستخدم كلمات مثل «لا تقلق» «كل شيء سيكون على ما يرام» وما إلى ذلك من استجابات.

ج ـ عدم الرضا وعدم الموافقة Disagreement disapproval

كقول الممرض للمستفيد هذا غير جيد أو هذا خطأ أو لا تفعل ذلك. فتلك العبارات تُشعر المستفيد بأن الممرض يتحكم في تصرفاته وأن عليه أن يقف موقف المدافع ضده.

د ـ كثرة الأسئلة Probing

طرح أسئلة كثيرة على المستفيد أو غير منطقية وغير مناسبة للموضوع المطروح للمناقشة، وهذا يشعر المستفيد بأن الممرض يحقّق معه ويحاول أن يأخذ منه معلومات هو لا يريد الإفصاح عنها مما يهدم عملية الاتصال.

هـ ـ نبذ أو رفض المستفيد Rejecting the client

عدم القدرة على التجاوب مع أفكار المستفيد وعدم احترام آرائه ووجهات نظره، وهذا يؤدي إلى فشل عملية الاتصال.

و ـ لوم المستفيد ومحاولة الحكم عليه Judging and blaming the client

كثرة لوم المستفيد، مثل قول الممرض «هذا خطأك» أو «هذا حدث بسبب تصرفك»، يؤدي إلى أن يلجأ المستفيد إلى السكوت والإحجام عن الكلام ويؤدي إلى عدم إظهار مشاعره وأفكاره مما يؤثر سلباً على عملية الاتصال.

ز ـ تغيير المواضيع Changing the topic inappropriately

سرعة التنقل من موضوع لآخر بطريقة غير مناسبة يزيد من معدل القلق لدى المستفيد ويهدم بالتالي عملية الاتصال.

ح ـ السكوت المستمر Stumped silence

السكوت التام الدائم بين الممرض والمستفيد يؤدي إلى ظهور مشاعر غير مستساغة بينهما ويؤدي إلى فقدان الثقة والشعور بأنه ليس هناك ما يمكن عمله أو مناقشته لكل من الممرض والمستفيد.

ط ـ الدفاع Defensiveness

يجب على الممرض ألاّ يحاول الدفاع عن الشخص الذي يقوم المستفيد بنقده لأن ذلك يشعره بأنه ليس له الحق في إبداء آرائه ومشاعره.

ي ـ الاستخدام الزائد للأسئلة ذات الإجابات المحدودة Over use of close ended questions

حيث يقوم المستفيد بالإجابة على الأسئلة في ردود قصيرة جداً لا تمكّن الممرض من معرفة المعلومات التي يريدها.

عوائق عملية الاتصال أو التواصل Barriers to effective communication

1- عوائق تتعلق بالمرسل

أ - عدم فهم خصائص المستفيد أو استخدام اللغة غير المناسبة لفهم المرسل إليه.
ب - عدم الاهتمام سواء بموضوع الرسالة أو بالمرسل إليه.
ج - عدم توافر الخلفية الكافية عن الموضوع (موضوع الرسالة).
د - وجود اتجاهات سلبية وعدم القدرة على الإقناع لدى الممرض وعدم الإنصات الجيد والرغبة في التحدث طوال الوقت وانشغال الممرض أثناء الاتصال بموضوع آخر.
هـ - عدم اختيار الكلمات الصحيحة واستخدامها في المكان المناسب وإعطائها للشخص المناسب في الوقت المناسب.
و- استخدام الممرض لرموز لفظية لها أكثر من معنى مما يتسبب في عدم فهم المعنى الصحيح لها.
ز - وجود عوائق انفعالية وشخصية لدى الممرض تعوق الاتصال.

2 - عوائق تتعلق بالمرسَل إليه

أ - أن تكون الرسالة غير واضحة سواء في المحتوى أو اللغة المستخدمة مما يؤدي إلى عدم فهم المعنى الحقيقي لها.
ب - عدم وجود استعداد لتقبل الرسالة لدى المستفيد، وقد يكون ذلك بسبب انشغاله بموضوعات أخرى أكثر أهمية بالنسبة له.
ج - التأثر بالمعتقدات السائدة في المجتمع التي قد تتعارض مع الرسالة فيكون مصيرها الرفض.
د - العوامل النفسية مثل القلق أو الخوف أو الشك في دوافع المرسل قد تقف حائلاً بين الممرض والمستفيد وتهدم عملية الاتصال.

3 - عوائق تتعلق بالرسالة

أن تكون الرسالة غير واضحة وصعبة وتتعارض مع الخبرات السابقة للمستفيد. وقد تكون الرسالة في بعض الأحيان غير متعلقة بالموضوع وغير كاملة، وقد يكون هناك نقص في المعلومة المعطاة أو معلومات خاطئة أو تفيض عن احتياجات المستفيد مما يؤثر في قدرته على استيعابها وفهمها.

4 ـ عوائق تتعلق بالوسيلة

أ ـ قد تكون الوسيلة غير مناسبة ولا يوجد عند الممرض خبرة في كيفية استخدامها وكيفية اختيار الوسيلة المناسبة للمجموعة من حيث السن والتعليم والخبرات السابقة وما إلى ذلك.

ب ـ قد يكون هناك نقص في الوسائل السمعية والبصرية وعدم توافرها عند إجراء عملية الاتصال.

ج ـ إن اختيار الوسيلة يجب أن يدرس جيداً لأن الوسيلة تختلف حسب محتوى الرسالة وخصائص الأشخاص المرسل إليهم الرسالة. واستخدام الوسيلة بطريقة خاطئة يحد من فاعليتها، ومن أمثلة القصور في استخدام الوسيلة أن يستخدم جهاز عرض الشفافيات (Projector) في عرض بيانات غير واضحة أو عرض صور صغيرة للغاية.

5 ـ عوائق تتعلق برد فعل المرسل إليه

يجب على المرسل أن يعمل على معرفة رد فعل المرسل إليه ومدى استجابته لما دار في المناقشات وإذا ما كانت عملية الاتصال ناجحة أم لا. وإذا لم يستطع المرسل إيصال الرسالة المعنية للمستقبل بوضوح فإن ذلك يعوق عملية الاتصال.

6 ـ عوائق طبيعية أو بيئية

عوائق تظهر في البيئة وقد تعوق تطبيق عملية التواصل بين الطرفين، مثل حدوث أصوات مزعجة وضجيج مؤقت أو مستمر يعوق الحديث، أو انخفاض الصوت فجأة، أو وجود حاجز أو مسافة كبيرة بين المتحدث والمستقبل للحديث.

وتتوقف فاعلية ومدى نجاح الاتصال على اختيار الزمان والمكان الملائمين لممارسة عملية الاتصال، فالمناخ أو المكان غير المريح يعوق الاتصال.

المقابلة الشخصية Personal Interview

حينما يحضر الشخص لأول مرة للوحدة أو المؤسسة الصحية أو حينما يلاحظ الممرض أن أحد المستفيدين لا يتجاوب معه ومع الجماعة أثناء المناقشة الجماعية، عليه في هذه الحالة أن يتبع طريقة المقابلة الشخصية. والهدف من المقابلة هو الحصول على المعلومات اللازمة من الشخص المراد توجيهه، وعلى أساس ذلك يتم تقديم الإرشادات والنصح له لإحداث التغيرات السلوكية الصحية المطلوبة. وتعرّف المقابلة الشخصية على أنها: عملية تفاعل وتواصل بين الناس، حيث يتم خلال هذه العملية تبادل المشاعر والاتجاهات والمعلومات.

الغرض من المقابلة الشخصية

- يجري الممرض مقابلة شخصية مع المستفيد وجهاً لوجه للحصول على المعلومات الاولية.
- أثناء المقابلة الشخصية يمكن للمرض أن يكتشف المشكلات والاحتياجات ويعمل على مساعدة الشخص في حلها.
- يتم أثناء عملية المقابلة الشخصية وضع الافتراضات والاقتراحات المختلفة التي يمكن استخدامها بعد ذلك والعمل على تطبيقها.
- تُجرى المقابلة الشخصية لتصحيح المعلومات والعمل على إيجاد وشرح الحقائق المختلفة.
- تعتبر طريقة المقابلة الشخصية حافزاً لتصحيح الاتجاهات بالنسبة للعملاء.

ما يجب اتباعه أثناء المقابلة الشخصية

1 ـ بدء عملية الاتصال.
2 ـ البدء في إجراءات المقابلة الشخصية.
3 ـ الحفاظ على العلاقة الشخصية المتبادلة طوال فترة المقابلة.
4 ـ تذكرة المستفيد بآخر كلام تحدث فيه وذلك للحفاظ على عملية الاتصال.
5 ـ تشجيع المستفيد على الاسترسال في الحديث.
6 ـ عدم إحراج المستفيد أو محاولة توجيه أسئلة في موضوعات لا يريد الخوض بها.
7 ـ تدوين وتسجيل كل ما دار في المقابلة الشخصية.
8 ـ إنهاء المقابلة بسرد ملخص سريع لما دار من حوار يليه تحية المستفيد وشكره.
9 ـ إعداد تقرير كامل عن المقابلة الشخصية.

بعض النقاط التي يجب أن توضع في الاعتبار عند إجراء المقابلة الشخصية

1 ـ يجب توفير الوقت الكافي لإجراء المقابلة والعمل على توثيق العلاقة بينك وبين المستفيد.
2 ـ حاول قدر الإمكان أن تساعد المستفيد على التحدّث بحرية وأمان.
3 ـ لا توجه أسئلة محرجة إلا إذا شعرت أن المتحدث يريد الإفصاح عما يجول بخاطره في بعض الموضوعات.
4 ـ يجب أن تحسن الاستماع لكل ما يقوله المستفيد وتشجعه على الإدلاء بمعلومات صحيحة.
5 ـ دع المتكلم يروي قصته ثم ساعده على استكمال كل ما يريد أن يعرف بالنسبة لموضوع البحث.
6 ـ نظم سير المقابلة بحيث لا تخرج عن موضوع البحث.

7 ـ كن صريحاً ووجه الأسئلة بشكل واضح ومباشر بحيث يستطيع المستفيد أن يتفهّمها.

8 ـ راجع الإجابات من وقت لآخر حتى تتأكد من أنك قد حصلت على الإجابة المطلوبة.

9 ـ يجب أن تقوم بتسجيل نتائج المقابلة الشخصية مباشرة بعد انتهائها وذلك حتى لا تنسى النقاط الهامة.

أسئلة ونشاطات

1 ـ عرّف الاتصال مع ذكر أهدافه.

2 ـ طلب منك زيارة عائلة أثناء عملك الميداني، أذكر ما هي الأساليب الفعالة التي يجب أن تتبعها في عملية الاتصال مع الشرح.

3 ـ ما هي مكونات عملية الاتصال؟

4 ـ اشرح أساليب الاتصال المختلفة مع ذكر أمثلة.

5 ـ ما هي عوائق عملية الاتصال؟

6 ـ اذكر ما هو دور الممرض والمبادىء التي يجب أن يتبعها لإنجاح عملية الاتصال.

مراجع للاستزادة

(1) Graham D., Michael W., Psychiatric Nursing Skills (A patient- Centres Approach)., London, Glasgow, Weinheim, New York, Tokyo, Chapman Hall, (1995).

(2) Patricia W., Health Promotion Patient Education (A professional's Guide)., New York. Chapman Hall, (1994).

(3) Bary J., Herbert J., Educational Environments (Evaluation, Antecedents and Consequences), Oxford, New York. Seoul, Tokyo, USA, Pergamon Press, (1991).

(4) Joseph F., Leonard H., Richard D., Teaching in the Middle Secondary Schools, New York, Oxford, Singapore, Sydney, Maxwell Macmillan International, (1992).

(5) Donald J.,John R., Brick L., Community Health Education (Settings, Roles, and Skills for the 21st Century), An Aspen Publication, (1994).

(6) Peter F., Social Skills for Nursing Practice., London, St. Edmundsbury Press, (1994).

الفصل السابع

الجودة Quality

إن التغير الملموس الذي صاحب عمليات التخطيط والتركيز على الرعاية الصحية خلال العقد المنصرم ساعد في زيادة مستوى إدراك ووعي المستفيدين لمفهوم وتطور النشاطات المتعلقة بضمان الجودة ضمن النظم الصحية المختلفة. و«الجودة» بمعناها المطلق، ليست مجرد كلمة على مستوى عال من الحداثة، بل هي مصدر اهتمام رئيسي ينبثق من أساس الأداء التمريضي المتميز.

إن مفهوم ضمان الجودة في مهنة التمريض يعد من المكونات الأساسية للجودة، وضمان الجودة، وإدارة الجودة الشاملة. وسيتم عرض لأحداث النماذج المتعلقة بهذه المفاهيم مع توفير بعض الأمثلة والتطبيقات التي تساعد الممرض على استخدام هذه المفاهيم في أدائه العملي في المجتمع.

الأهداف

يتوقع من القارىء في نهاية هذا الفصل أن:

1 ـ يعرّف «الجودة»، «وضمان الجودة»، و«إدارة الجودة الشاملة» ويفرق بين كل منها؛

2 ـ يحدد العناصر والأبعاد المرتبطة بمفهوم الجودة المستمرة؛

3 ـ يحدد محتويات «نموذج» الجودة المستمرة وتطبيقاته في الحياة العملية؛

4 ـ يميز أهمية استخدام مفهوم وضمان الجودة ضمن النظام الصحي.

ضمان وتحسين الجودة Quality Assurance and Improvement

تعرف كلمة «الجودة» تبعاً لقاموس (أوكسفورد) بأنها «درجة التميز»، ويعرّفها روبرتسون Robertson بأنها «مجمل الخصائص والمزايا للسلعة أو الخدمة المتمثل في القدرة على وصول المستفيد لحاجاته البارزة والمتوخاة». وقد أكد روبرتسون بأن مفهوم النوعية مرتبط بمفهوم ضمان الجودة الذي يعرف بانه «جميع الأعمال المنظمة والمخطط لها والتي

تهدف إلى توفير ثقة كافية لدى المستفيد بمقدرة السلعة أو الخدمة على تلبية الحاجات (القناعات) المطلوبة للجودة».

ويختلف مفهوم الجودة من شخص لآخر، فمثلاً عندما يطلب من بعض المستفيدين تسمية أهم الخصائص التي يحبذونها عند رغبتهم في شراء سيارة، تتنوع الإجابات حول مفاهيم محددة تصف بشكل أو بآخر بعض خصائص مفهوم الجودة، مثل المصداقية والثبات والتكلفة والاقتصاد في استخدام الوقود ودرجة الأمان في الاستخدام والسرعة، ودقة العمل، والمظهر، والراحة وبعض العوامل المتعلقة بالبيئة التي ستستخدم بها. ويمكن القول بإن وجهة نظر المستفيدين لمفهوم الجودة تعتمد إلى حد كبير على تجاربهم السابقة وعلى ما يحملونه من قيم.

يوصف مفهوم الجودة عادة من خلال استخدام مفهومين أساسيين وهما المعيار والخصائص. أما المعيار Standard فهو «مستوى الأداء الذي يعتبر ـ بشكل عام ـ مقبولاً، وكافياً، ومقنعاً، ويستخدم كمرجع لإجراء المقارنات اللازمة[2]. أما الخصائص Characters فهي «مجموعة الشروط، أو الظروف المقيسة التي تهدف إلى تحديد ما إذا كان المعيار قد تحقق أم لا.

عناصر (أبعاد) مفهوم الجودة

هناك ثلاثة عناصر رئيسية لمفهوم الجودة. الأول ويسمى «الأداء التقني Technical Performance، والذي من خلاله يمكن الحصول على أفضل مستوى ممكن من الرعاية الصحية، ويشمل: الكفاءات، والخبرات والقدرات، ومؤشرات الرعاية والشفاء. والثاني يسمى عنصر المواقف المهنية والتفاعل بين الأشخاص «Interpersonal Case Professional Attitudes» ويهتم بوجود علاقة حسنة مبنية على الثقة بين المريض والعامل الصحي، ويشمل: احترام الأفراد بعضهم لبعض، وتوفر نظام معلوماتي مناسب وتوفر المساواة بين الأفراد. أما البعد الثالث فهو العنصر التنظيمي «Organisational Aspects» ويتعلق بالمكان الذي تتم فيه الرعاية وما يتوفر به من عناصر الراحة والبيئة المناسبة، ويشمل: ضمان السلامة، والراحة، والأدوات المناسبة والبيئة الملائمة.

كذلك يجب أن تتوافر ستة عناصر (أبعاد) رئيسية لمفهوم الجودة وهي:

1 ـ الفاعلية effectiveness: توفر الخدمة المطلوبة للفرد والناس كافة.

2 ـ النجاعة efficiency: لا تصرف المصادر والمواد المتوفرة لخدمة مريض واحد بينما يحرم منها الآخرون.

3 ـ المساواة equity: يوجد نصيب منصف من الخدمة لجميع الناس.

4 ـ التوافر أو الإتاحة accessibility: تتوفر الخدمة في جميع الأوقات وتحت كل الظروف ولجميع المسافات.

5 ـ القبول acceptability: تقدم الخدمة بحيث توفر القناعة لدى المستفيدين ومقدمي الخدمة والمجتمع ككل.

5 ـ الملائمة للحاجة relevance to needs: الخدمات المتوافرة تعكس حقيقة ما يحتاجه الأفراد والناس كافة.

إدارة الجودة الشاملة

إن الاتجاه الحديث لمعظم إدارات المؤسسات الصحية في العديد من دول العالم هو العمل بمفهوم «إدارة الجودة الشاملة» total quality management.

ويعتمد مفهوم إدارة الجودة الشاملة على مبدأ أن التغيير يحدث في أية مؤسسة بمشاركة جميع المستفيدين في تحديد احتياجاتهم الحقيقية وليس باستخدام القيم التي يؤمن بها مقدّمو الخدمة فقط. بعبارة أخرى، إن هذا المفهوم يعتبر عملية مستمرة مترابطة بين مكونات (أعضاء) كل مؤسسة صحية تسعى لتقديم مستوى عالٍ من جودة الرعاية الصحية للعاملين بها. وعليه فترتكز إدارة الجودة الشاملة على مفهوم ثالوث النوعية المكون من تخطيط الجودة quality planning، ومراقبة الجودة quality control، وتحسين الجودة quality improvement.

ومجمل القول، إن مفهوم «إدارة الجودة الشاملة» هو نظام إداري صمم لخلق مؤسسات بمستوى أداء متميز وموجه للمستفيد بحيث يعتبر البؤرة التي يتم عليها التركيز في عملية تحسين الجودة.

تقييم ضمان الجودة Quality Assurance Assessment

تقاس الجودة من خلال المعايير القابلة للقياس والتي تميز مستوى الجودة المرغوبة بمستوى الجودة المعمول به في المؤسسة، وتسمى عملية القياس هذه تقييم الجودة. ويجب أن تنتهي عملية التقييم بالتنفيذ للعمل المناسب المبني على نتائج التقييم. فلا يجوز أن يتم إهمال نتائج عملية التقييم بحيث تصبح دون جدوى، بل يجب استخدامها بأحد الشكلين التاليين:

1 ـ إذا كانت نتائج التقييم متلائمة ومقنعة ويمكن المحافظة عليها فتستخدم حينئذ ضمن مفهوم «ضمان الجودة».

2 ـ أما إذا كانت النتائج غير مقنعة بحيث تحتاج إلى محاولات عديدة للتحسين والتعديل فتستخدم حينئذ من خلال مفهوم «تحسين الجودة». وعليه فإنه يمكن دمج مفهومي «تقييم الجودة» «وتحسين الجودة» ضمن تعريف واحد على الشكل التالي:

«عملية مراقبة أو متابعة منظمة غاياتها تحديد الفرص المناسبة للتحسين في النظام الصحي المقدم للمريض (للمستفيد) وتخطيط الطرائق التي تهدف إلى تحسين الخدمة،

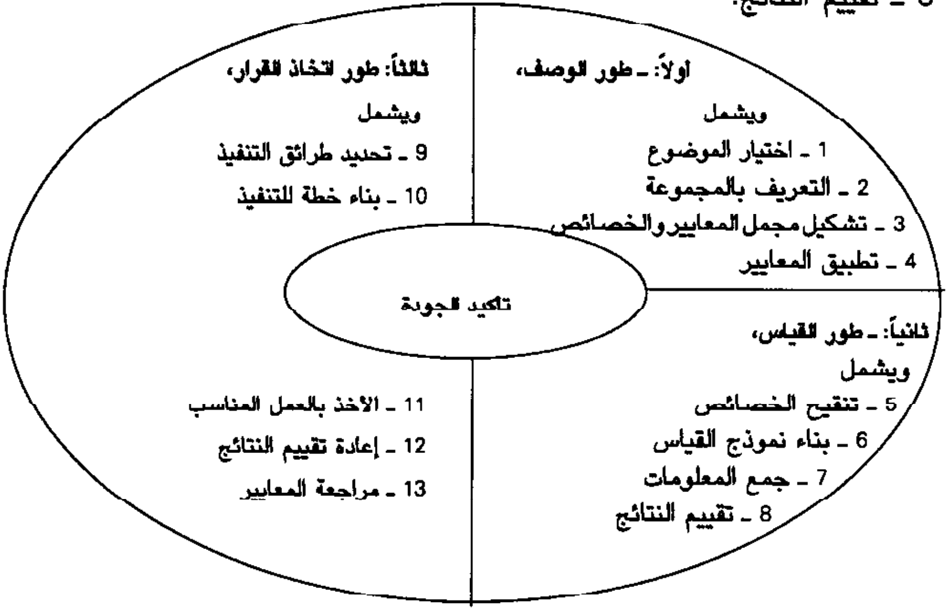
والمتابعة المستمرة لتقييم الخطوات (الأعمال) المأخوذة بهدف التأكد من أن التحسين قد حصل».

ويوضّح الشكل (1) المراحل التي تشتمل على الخطوات التي تمثل عملية ضمان الجودة. وهذا يبدأ بطور الوصف الذي يتمثل بالخطوات (1-4) التالية:

1 ـ اختيار الموضوع؛
2 ـ التعريف بالمجموعة؛
3 ـ تشكيل مجمل المعايير والخصائص؛
4 ـ تطبيق المعايير.

أما طور القياس فيشتمل على الخطوات (5-8) التالية:

5 ـ تنقيح الخصائص؛
6 ـ بناء نموذج القياس؛
7 ـ جمع المعلومات؛
8 ـ تقييم النتائج.



شكل (1) عجلة تأكيد الجودة

المصدر: (رايت و وتنفتون، 1992) (Wright & Whittingtion, 1992)

ويمثل الطور الأخير من الشكل (1) طور اتخاذ القرار ويشتمل على الخطوات (9-13) التالية:

9 ـ تحديد طرائق التنفيذ؛

10 ـ بناء خطة للتنفيذ؛
11 ـ الأخذ بالعمل المناسب؛
12 ـ إعادة تقييم النتائج؛
13 ـ مراجعة المعايير.

إن المتوقع من استخدام الإطار النظري أو النموذج من الترتيب السابق هو تنظيم خطوات تقييم وتحسين الجودة، وتسهيل عملية تطوير وتنفيذ خطط تقييم الجودة الفاعلة في مكان العمل. أما المحتويات الرئيسية لمفهوم تقييم وتحسين الجودة فتشتمل على الخطوات التالية:

1 ـ تحديد القيم identify values
2 ـ كتابة المعايير والخصائص write standards and criteria
3 ـ توفير طرائق القياس secure measurement
4 ـ تفسير النتائج make interpretations
5 ـ تحديد طرائق العمل المناسب identify courses of actions
6 ـ اختيار العمل المناسب choose action
7 ـ اتخاذ العمل المناسب take action
8 ـ مراقبة خطوات تحسين الجودة monitor quality improvement action

وباستخدام النموذج المعروض في الشكل (1) مع هذه المحتويات (الآنفة الذكر) يستطيع القارىء تقييم مستوى التقدم الذي يحصل في تنفيذ خطوات عملية تقييم وتحسين الجودة في مكان التطبيق العملي المحدد. وفيما يلي سرد موجز لهذه المحتويات الرئيسية.

1 ـ تحديد القيم

تتأثر طريقة تفكير الأفراد وطريقة أدائهم لعمل ما، وبالتالي طريقة تقييمهم لهذا الأداء، بمجموعة الاتجاهات والمعتقدات والقيم التي يحملونها. وعليه فإن عملية تقييم الجودة تتأثر بشكل أو بآخر بالمعتقدات التي يحملها الأفراد حول الصحة والإنسانية وطبيعة العمل المهني، وهكذا تصبح عملية تحديد القيم بالمقارنة مع عملية التقييم صعبة إلى حد ما. ويجب أن يتوفر في كل مؤسسة صحية فلسفة خاصة تصف الأداء وتهدف إلى تحديد مستويات الجودة للرعاية الصحية المقدمة للمريض (للمستفيدين). ويتوفر ضمن الفلسفة في العادة معلومات كافية لتوضيح الاتجاه والصبغة العامة المتبعة في تقديم الخدمات للمستفيد من قبل المؤسسة والعامل الصحي. وبناء على ما يتوفر لدى المؤسسة من مصادر، فإن الفلسفة يجب أن تعرف الفئة المستهدفة وتحدد احتياجاتها وتوضح الأسباب وراء اتخاذ بعض النشاطات المتواخاة. وبالإضافة إلى الفلسفة، على المؤسسات الصحية أن تحدد الأهداف العامة لديها (ضمن ما هو متوفر أو سيتوفر لها من مصادر)، وعليه فإن

عدم توفر الأهداف يعني عدم وجود مرجع أساسي لقياس ما إذا كانت الجودة قد تحققت أم لا. وحتى تتوضح هذه الفلسفة والأهداف لجميع العاملين في المؤسسة، يتوجب على القائمين على هذه المؤسسات تفسير وتوضيح هذه الأمور للعاملين بشكل مستمر حتى يتمكن الجميع من فهم الأهداف ومحاولة الوصول إليها.

2 ـ كتابة المعايير والخصائص (المدخلات ـ آلية التنفيذ ـ المخرجات)

كما ذكرنا سابقاً، فإن الفلسفة العامة للأداء المهني في أية مؤسسة يجب أن تحوي جميع القيم والمعتقدات للعاملين في المؤسسة الصحية بحيث تؤخذ كدليل يوضح النشاطات التي يقوم بها جميع العاملين في المؤسسة. فالفلسفة إذاً، لا توفر عناصر القياس المستخدمة للحكم على مستوى الجودة التي يقدمها العاملون الصحيون، بل يتم ذلك من خلال استخدام معايير الأداء المهني في تلك المؤسسة وخصائصه.

وقد عرِّفت رابطة الممرضين الأمريكية المعايير بأنها «ما يصف مستوى أداء معين ومتفق عليه ومن ثم وضعها بهدف القياس وتوفير الإرشاد حول كيفية تحقيق التميز في الأداء». بعبارة أخرى، تعتبر المعايير الأحكام أو (القوانين) التي تساعد العامل الصحي على القيام بخطوات عمل منظمة، وفي العادة تكون المعايير محددة بحيث تصف النتيجة المتوقعة من الأداء.

أما الخصائص، فهي العناصر المقيسة والمحددة سابقاً من قبل المؤسسة الصحية والتي تعكس المستويات المتوقعة من الأداء التمريضي للعامل الصحي والمستفيد.

ومن الجدير ذكره بأن عملية بناء هذه الخصائص تتطلب العمل ضمن ثلاثة مفاهيم رئيسية من خلال المدخلات inputs وآلية التنفيذ process والمخرجات outputs. وقد وضح رايت و ويتنغتون (Wright & Whittingtion) مكونات هذه المفاهيم كما يلي:

أ ـ المدخلات Inputs

وتشمل كل ما يتعلق بالأدوات والأشخاص والمعدات والأجهزة والبيانات والميزانية والتسهيلات اللازم تواجدها في المؤسسة.

ب ـ آلية التنفيذ Process

وتشمل كل النشاطات والمهام التي تتم ضمن المؤسسة الصحية من أجل الوصول بالمستفيد للرعاية المطلوبة.

ج ـ المخرجات Outputs

وتحدد الخلاصة أو النتائج المتوقع الحصول عليها كمحصلة لتقديم الخدمة أو الرعاية الصحية المطلوبة. وتعتبر المخرجات أهم العناصر الثلاثة. ومن الأمثلة على استخداماتها

قياس «وصول المستفيد لمستوى القناعة المطلوب» أو «لمستوى المعرفة المطلوبة» أو «للمستوى الوظيفي المطلوب».

وفيما يلي مثال يوضح كيفية استخدام هذه المفاهيم عند بناء معيار يصف أحد بنود الأداء التمريضي لممرض صحة المجتمع.

الموضوع الرئيسي: متابعة رعاية المرضى					
الموضوع الفرعي: خروج المرضى من المستشفى إلى المجتمع					
المجموعة المستهدفة: جميع المرضى في طابق الجراحة ممن يحتاجون إلى متابعة في المجتمع.					
المعيار يتفهم جميع المرضى لعناصر الرعاية المقدمة لهم بعد خروجهم من المستشفى، بما في ذلك زيارة منزلية يقوم بها ممرض تمريض صحة المجتمع خلال الـ 24 ساعة بعد مغادرة المستشفى.					
الرقم	المدخلات	الرقم	آلية التنفيذ	الرقم	المخرجات
1 ـ	وجود سياسة للتحويل	1 ـ	يشرح الممرض للمريض الرعاية المطلوبة له بعد الخروج من المستشفى	1 ـ	يستطيع المريض أن يصف ماهية الرعاية الصحية المطلوبة له بعد الخروج من المستشفى
2 ـ	وجود ممرض (وسيط) يعمل ضمن سياسة التحويل لأيام العمل الرسمي (9 صباحاً وحتى 5 مساء)	2 ـ	يشرح الممرض للمريض بأن ممرض صحة المجتمع سوف يتابع مع المريض خلال 24 ساعة من الخروج	2 ـ	يستقبل المريض ممرض صحة المجتمع خلال 24 ساعة من الخروج من المستشفى
3 ـ	توفر آلية لإخراج المرضى يتفهم جميع الممرضين آلية الخروج للمرضى	3 ـ	يملأ الممرض المسؤول في الطابق نموذج تحويل المريض	3 ـ	يحصل المريض على الرعاية المطلوبة من قبل ممرض صحة المجتمع
		4 ـ	يوفر الممرض المسؤول في القسم النموذج الخاص بالمريض ويسلمه إلى الممرض المسؤول عن تحويل المريض		
		5 ـ	يعطي الممرض المسؤول في القسم إلى الممرض المسؤول عن تحويل المريض المعلومات الكافية عما يحتاجه المريض من رعاية خارج المستشفى		
		6 ـ	يقوم الممرض المسؤول في القسم بمخاطبة (هاتفياً) ممرض صحة المجتمع مباشرة في حال عدم تواجد الممرض الوسيط المسؤول عن التحويل		

المصدر: (رايت و ويتنغتون، 1982) (Wright & Whittingtion, 1982)

3 ـ توفير طرائق للقياس

بعد أن تتم صياغة المعايير الخاصة بهذه المؤسسة والخصائص التي تقاس المعايير من خلالها، يتوجب حينئذ على كل مؤسسة أن توفر الأدوات والطرائق المستخدمة لتقييم وقياس مدى الوصول إلى مستوى الجودة (وتحقيق الأهداف) الذي تم الاتفاق عليه مسبقاً. ومن الأمثلة على هذه الطرائق مراجعة الملفات، ومراجعة دلائل الإجراءات، وإجراء المقابلات وتقبل ملاحظات المستفيدين، ومراقبة تصرفاتهم، والنقد الذاتي الذي يتم من الموظفين أنفسهم.

ويوجد ضمن الكتابات الحديثة[6] العديد من نماذج التقييم التي وضعت خصيصاً لقياس الجودة ومنها جودة الرعاية المقدمة للمريض Quality Patient Care Scale، ومقياس الكفاءات التمريضية Slater Nursing Competencies Rating Scale. وقد صمم المقياس الأول لكي يستخدم في قياس الرعاية المقدمة للمستفيد في مراحلها الأولى، بينما صمم المقياس الثاني لتقييم الأداء التمريضي الفردي في تقديم الرعاية الصحية اللازمة للمستفيد.

4 ـ تفسير النتائج

تهدف عملية تقييم النوعية إلى الكشف عن الاختلافات بين ما هو مطبق من المعايير وبين المعايير المدونة. وعليه يجب أن تكون عملية التقييم شاملة ومحددة وأن تشمل جمع المعلومات من مصادر عديدة ومتنوعة ضمن النظام المؤسسي. وبعد أن تجمع المعلومات يجب فحصها بدقة ودراستها بطريقة تحليلية منظمة بهدف تفسيرها والخروج بالنتائج الحقيقية.

ومن الجدير ذكره، أن تفسير النتائج التحليلية المتعلقة بالأداء الكلي للمؤسسة يجب أن يستند إلى الأنماط السائدة والتي تحدد الاتجاهات لفترات مختلفة، وليس لفترة زمنية محددة. ومن ثم يمكن الخروج بتقارير عامة تلخص الأداء ومدى الالتزام بالمعايير في النظام الصحي المتبع. وتكمن أهمية هذه التقارير في مقدرة القائمين على المؤسسة أن يحددوا نقاط القوة والضعف في النظام، وبالتالي يتم التركيز على الجهات المحتاجة للتحسين. ويمكن الاستفادة من هذه التقارير أيضاً في إجراء مقارنات في أداء المؤسسة من عام لآخر بحيث تساعد على إبراز ما حدث من تغيير تبعاً للالتزام بالمعايير وتطبيقها.

5 ـ تحديد طرائق العمل المناسب

بعد أن يتم تحديد مصادر القوة والتحسين في المؤسسة، يصبح من السهل التعريف بنماذج وبدائل التنفيذ المطلوبة لتحسين الرعاية. وبالإضافة إلى ذلك، يتوجب على القائمين في المؤسسة أن يقدموا المعلومات الارتجاعية الإيجابية للعاملين وإلى مقدّمي الرعاية

الصحية. فالتركيز على تقديم الملاحظات السلبية للعاملين يضعف من ثقتهم بأنفسهم ومن رغبتهم في استمرارية محاولات التحسين.

إن الخطوة الأولى والأساسية في تحديد الاختيارات والبدائل لعملية التنفيذ تتضمن دراسة المسببات الرئيسية للمشاكل في العمل. فعلى سبيل المثال، مشكلة عدم متابعة الممرضين للمرضى بالطريقة المثلى قد تكون حصيلة عدة أسباب، منها: ضعف في المعرفة لدى الممرضين، ضعف في عملية التدوين، عدم توفر الوقت الكافي، ضعف الموارد وغير ذلك. فلو اعتبرنا، على سبيل المثال، بأن المشكلة تحدث بسبب ضعف في المعرفة، يصبح من الملزم التخطيط لوضع برامج تعليم مستمر مكثفة وموجهة خصيصاً لزيادة معرفة الممرضين.

وأخيراً، تتطلب عملية اختيار البدائل لخطط التنفيذ مشاركة فاعلة من جميع العاملين في المؤسسة وعلى جميع المستويات. ومن إيجابيات هذه المشاركة الفاعلة أن يصبح جميع العامين متحمسين لإحداث التغيير وعدم مقاومة حدوثه.

6 ـ اختيار العمل المناسب

يتوجب على القائمين الإداريين في أية مؤسسة القيام بالنشاطين التاليين قبل اتخاذ القرار المتعلق بإحداث التغيير وهما:

أ ـ مناقشة المزايا والسيئات المترتبة على إحداث التغيير

ب ـ تطوير خطة يتم من خلالها تنفيذ عملية إحداث التغيير المطلوب

ويتم تحديد العمل المناسب (التغيير المطلوب) بعد تحديد احتياجات العاملين بشكل تحليلي وواضح وبحيث يكون ذا تكلفة متناسبة مع ما يتوقّع تحقيقه. وعند مناقشة إيجابيات وسلبيات التغيير، يتوجب الأخذ بعين الاعتبار، ما هو متوفر من مصادر داخل المؤسسة وفي المجتمع المحلي وعدم الاعتماد على ما هو في الخارج. وما يحدث في العادة غير ذلك، بحيث يتم جلب مستشارين وخبراء من الخارج بحجة أنهم الأقدر على إحداث التغيير. وهذا العمل له تكلفة مرتفعة ولا يؤدي إلى إحداث التغيير بالشكل المطلوب.

7 ـ اتخاذ العمل المناسب ومراقبة الجودة

يعتبر تحسين الرعاية الصحية الهدف الرئيسي لبرنامج (نظام) تقييم الجودة في أية مؤسسة صحية. وحتى يتم الوصول لهذا الهدف، لا بد من اتخاذ العمل (القرار) المناسب وإحداث التغيير المطلوب في المؤسسة. وتعتبر عملية أخذ القرار المناسب لإحداث التغيير في الأداء من المكونات الرئيسية والهامة لجميع برامج تقييم النوعية. وهذا يعكس أن حقيقة القائمين على النظام الصحي (المؤسسي) يتحملون في الواقع المسؤولية المطلوبة

ويعتمد عليهم في إحداث التغيير المناسب. وهذا أيضاً يتوافق مع المقولة التي تحمّل المسؤولية للعاملين المهنيين وليس للجهات ذات السلطة القانونية.

ويتوجب على كل مؤسسة تدوين ما يتم اتخاذه من أفعال تهدف لإحداث التغيير وتحدد ما إذا كان التغيير مرغوباً فيه أو غير مرغوب فيه من قبل المستفيدين. وهنا يتوجب أن يتم العمل ضمن المؤسسة تبعاً لدورة تقييم الجودة وأن لا يتوقف ذلك حتى ولو حدث التغيير في المؤسسة. فعملية المراقبة المستمرة لما أحدثه التغيير يجب أن تستمر وتعتبر من العناصر الأساسية بهدف المحافظة على المعايير المختصة بتحسين الأداء.

وتساعد عملية المراقبة المستمرة للجودة في المؤسسة على تجنب المشاكل وعلى المحافظة على ما تم التوصل إليه من إيجابيات مرافقة لعملية التغيير. وتشجع عملية المراقبة المستمرة للجودة أيضاً العاملين جميعهم على المساهمة الفاعلة في تحديد المصاعب المتوقعة أو الواقع الذي يؤثر على عملهم. وتسهم أيضاً في معرفة العاملين بالعوامل والظروف البيئية التي تؤثر على أدائهم بشكل أو بآخر.

ما هي أهمية مفهوم ضمان الجودة في النظام الصحي؟

إن أهمية تطبيق نظام ضمان الجودة في النظام الصحي تتم من خلال عدة عوامل رئيسية أهمها العوامل المهنية والعوامل الاقتصادية والعوامل الاجتماعية والسياسية.

وفيما يلي شرح موجز لكل من هذه العوامل:

1 ـ العوامل المهنية

وهي العوامل المتعلقة بمقدم الخدمة أو الرعاية، وتشمل التزامه بدليل آداب المهنة، وبكونه عاملاً مستقلاً ويعتمد عليه وعلى أدائه العام، ولديه المهارة على الاتصال بأعضاء الفريق الصحي بشكل يضمن حقوق المستفيد وتقديم الرعاية المثلى له. ويتحلى العامل الصحي بالقيم والأخلاق المهنية.

2 ـ العوامل الاقتصادية

وتصف هذه العوامل الصبغة الديموغرافية المتعلقة بالمستفيدين مثل التغيير الذي يحصل في الهرم السكاني. فمثلاً، إن تواجد أعداد كبيرة من الناس ضمن الفئة العمرية الصغيرة جداً أو المتقدمة في السن والذين يعتمدون في العادة على الغير في حياتهم العادية، يشكل عبئاً اقتصادياً مصاحباً لارتفاع الخدمات الصحية المطلوبة. وبناء على ذلك فإن النظام الصحي المطبق لسياسة «ضمان الجودة» يوفر نظام خدماتٍ مقبولاً وذا تكلفة معقولة بحيث يصل إلى جميع الأفراد في المجتمع.

3 ـ عوامل اجتماعية/سياسية

وتتمثل هذه العوامل في الوعي العام لدى الناس بأهمية توفر خدمات صحية فاعلة وبحقوقهم العامة ضمن النظام الصحي. ويركز نظام «ضمان الجودة» على ضرورة الأخذ بآراء المستفيدين والعمل على استشارتهم حول جودة الخدمة المقدمة لهم.

ويعتبر أيضاً التغير في توقعات الفئات المختلفة من الناس في المجتمع لمستوى الرعاية الصحية المطلوب أحد العوامل المحفزة لوجود ولأهمية نظام «ضمان الجودة»، فهناك من يسعى لطلب نظام رعاية متميز يختص بالمعاقين حركياً أو جسدياً، وبالعاطلين عن العمل، وبذوي الحاجات الخاصة من جميع الفئات العمرية.

ويلعب الاتجاه السياسي والقانون العام دوراً رئيسياً في المحافظة على مستوى الرعاية المقدمة للمستفيدين، وبالتالي على تطبيق نظام «ضمان النوعية». فعلى سبيل المثال، تمنع بعض البنود القانونية الاستخدام الخاطىء للاستيراد وتسويق بعض الأدوية والأغذية الفاسدة. وتعمل القوانين الأخرى على ضبط النظام التعليمي للعاملين الصحيين. وهناك قوانين أخرى متعلقة بمنع تسرب الأشعة والمواد السامة والفضلات الضارة بالطرق غير المشروعة بحيث تضمن عدم تأثيرها على أفراد المجتمع.

وأخيراً، يعتبر مفهوم «ضمان الجودة» عملية تحسين مستمرة في تقديم الرعاية. وتتشكل خطواتها الرئيسية على شكل عجلة (دائمة الدوران).

وحتى تكون عملية «ضمان الجودة» ناجحة لا بد من أن يوضع نظام بشكل واضح ومن خلال مشاركة جميع العاملين في المؤسسة. ويتطلب ذلك أيضاً تواجد عاملين إداريين من ذوي الخبرة والكفاءة بحيث يتأكد هؤلاء الإداريون من أن مفهوم «ضمان الجودة» معمول به ومطبق من قبل جميع العاملين (المستفيدين) بشكل واضح ومدوّن وفاعل.

أسئلة ونشاطات

1ـ عرّف المفاهيم التالية ووضّح الفروقات بينها من حيث التطبيق.

أ. الجودة

ب. ضمان الجودة

ج. إدارة الجودة الشاملة

2 ـ عرف المعيار، وأعط مثالاً من الواقع العملي في المؤسسة التي تدرس بها بحيث يوضح الخصائص التي يجب توافرها عند قياس المعيار.

3 ـ ما هو نموذج «ضمان الجودة»، حدد مكوناته مع ذكر أمثلة تطبيقية لكل منها.

مراجع للاستزادة

(1) Robertson, L., Quality Assurance for Nurses, A Guide to Understanding and Implementing, Longman, UK. (1994).

(2) Marr, H. Giebing H., Quality Assurance in Nursing: Concepts, Methods and Case Studies, Compion Press Limited, UK. (1994).

(3) Donabedian, A., Evaluationg the Quality of Medical Care, Milbank Quarterly, 44., p 166-206 (1966).

(4) Gaucher, E. Kratochwill, E.W., The Leader's Role in Implementing Total Quality Management, Quality Management Health Care, 1, pp. 10-18. (1993).

(5) Koch, M.W. Fairly, T.M., Integrated Quality Management: the Key to Improving Nursing Care Quality, Mosby. St, Louis (1993).

(6) Stone, S.C., Eigst., D.C. McCuire, S.L., Comprehensive Community Health Nursing Fourth Edition, St. Louis, Mosby; (1995).

(7) American Nurses Association (ANA), Council of Community Health Nurses: Standards of Community Health Nursing Practice, Kansas City Mo., (1986) b, The Association.

(8) Wright, C. Whittingtion, D., Quality Assurance: An Introduction for Health Care Professionals. Churchill-Livingstion, London. (1992).

الوحدة الثالثة

صحة المجتمع

الفصل الأول: تقييم وتحديد احتياجات المجتمع الصحية

الفصل الثاني: التخطيط لتنفيذ البرامج الصحية في المجتمع

الفصل الأول

تقييم وتحديد احتياجات المجتمع الصحية

إن هدف ممرضي صحة المجتمع هو تحسين الأوضاع الصحية لدى المجتمع المستفيد الذي يعملون فيه، والوصول بأحواله إلى أقصى حالات الصحة. وتحقيقاً لهذا الهدف، يتبع الممرض خطوات العملية التمريضية لكي يضمن المسير بالأسلوب العلمي الصحيح. وأولى خطوات العملية التمريضية هي التقييم. وتقييم احتياجات المجتمع الصحية هو من أوائل الخطوات التي يجب أن يخطوها ممرض صحة المجتمع لكي يبني عليها خطته التمريضية التي سيطبقها ويقوّمها فيما بعد.

ولتقييم احتياجات المجتمع، هناك عدة طرق وأساليب من الممكن اتباعها بحيث يختار منها ممرض المجتمع الأنسب. ويعتمد اختياره على عدة عوامل منها: الهدف من التقييم والإمكانات المادية والزمنية والجهد ودقة المعلومات المطلوبة ومدى إمكانية التطبيق ومدى القبول في المجتمع الذي سيتم تقييمه.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سيكون القارىء قادراً على أن:

1. يناقش طرق تقييم الاحتياجات الصحية لمجتمع معين؛
2. يختار طريقة التقييم الأفضل للمجتمع الذي يعيش فيه إذا أراد التطبيق؛
3. يشرح سلبيات وإيجابيات طرق تقييم احتياجات المجتمع الصحية المختلفة؛
4. يعدد أنواع المعلومات التي ينبغي على ممرض صحة المجتمع أن يجمعها من أجل تقييم حاجات ذلك المجتمع؛
5. ينظم المعلومات التي يتم جمعها من أجل تقييم الاحتياجات؛
6. يحدد المشاكل الصحية بعد تحليل نتائج المعلومات؛
7. يضع أولويات للاحتياجات الصحية للمجتمع التي تظهر من المعلومات التي تنظم وتحلل.

طرق جمع المعلومات

توجد عدة أساليب لتنظيم عملية جمع المعلومات، وغالباً ما يكون الهدف من جمع المعلومات هو الذي يحدد الأسلوب. فقد يكون الهدف تحديد الاحتياجات أو تحديد احتياجات فئة معينة:

1 ـ الأسلوب الوبائي Epidemiological Approach

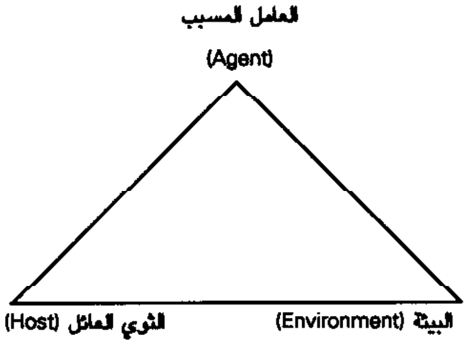
يرتكز هذا الأسلوب على ثلاثة عناصر وهي أساسيات المثلث الوبائي وعناصره كما في الشكل رقم (1)

العامل agent: ناقل المرض بعلم الوبائيات.

العائل host: الإنسان.

البيئة environment: كل ما يحيط بالإنسان وناقل المرض.

وتجمع المعلومات ضمن العناصر الثلاثة المذكورة. وهذا الأسلوب شائع جداً ويستعمله الكثير من ممرضي المجتمع أو مخططي الخدمات الصحية أو الباحثين الصحيين الذين يهتمون بتقييم المجتمع ولأهداف مختلفة.



الشكل رقم (1)

وقد تم شرح هذا الأسلوب بالتفصيل في الوحدة السابقة.

2 ـ أسلوب الأنظمة Systems Approach

وفي هذا الأسلوب يتم تقسيم المجتمع إلى أنظمة ويتم جمع المعلومات منفصلة لكل نظام على حدة. فمثلاً يمكن تقسيم المجتمع إلى الأنظمة التالية، كما في الشكل (2):

النظام الصحي Health System

النظام البيئي Environmental System

نظام الاتصالات Communication System

نظام المواصلات Transportation System

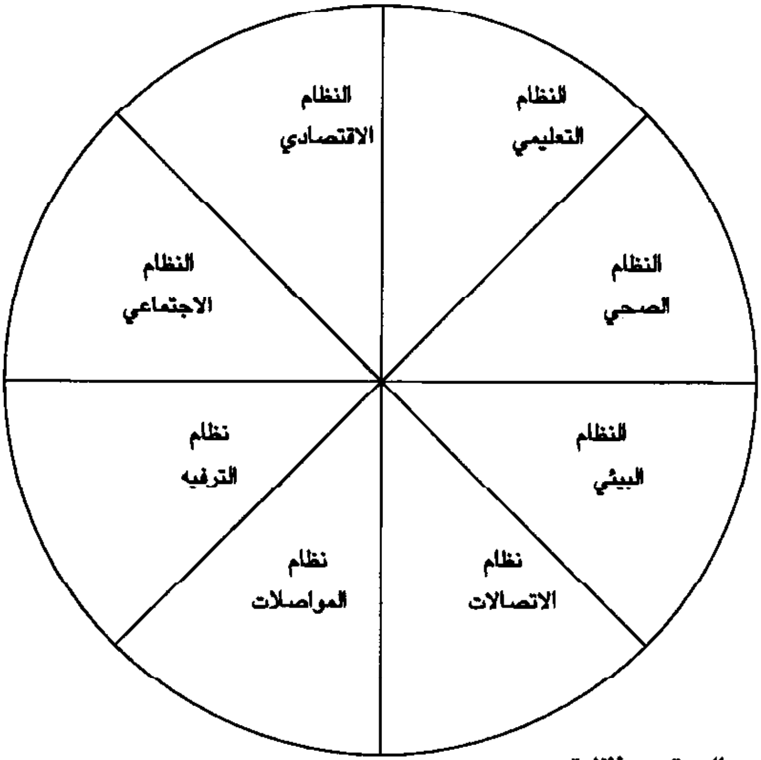
نظام الترفيه Recreational System

النظام الاجتماعي Social System

النظام الاقتصادي Economic System

النظام التعليمي Educational System

ولأسلوب الأنظمة أنصاره بين من يرغبون في تبويب المواد، تسهيلاً لعملية جمعها وتحليلها.



الشكل رقم (2) المجتمع وانظمته.

3 ـ أسلوب الملاحظة Observational Approach

هذا الأسلوب يعتبره البعض إجبارياً ومكمّلاً لأساليب أخرى، ولكنه أسلوب كثيراً ما يبتدأ به. إذ إنه يتمتع بقدر كبير من الموضوعية، حيث إن ممرض المجتمع (جامع المعلومات) يقوم بجمع المعلومات بنفسه، ويحللها بناءً على ما يراه مناسباً، يضع الاستنتاجات بناءً على خبراته وقيمه ومبادئه. في هذا الأسلوب يستعمل الممرض حواسه الخمس بعملية

جمع المعلومات، وذلك من خلال جولة يقوم بها في وسط المجتمع، متنكراً بثياب تشبه الثياب التي يلبسها أهالي ذلك المجتمع حتى لا يظهر إنساناً غريباً، خاصة وأن أهالي المجتمع الواحد عادة يعرفون بعضهم البعض ويميزون بسهولة كل من هو غريب. يتابع الممرض جولته مستعملاً نظره ليرى المنازل، وعددها، وحجمها، وكثافتها السكانية، والطرق المعبّدة، والخدمات والمرافق، ويستعمل حاسة السمع أيضاً ليستمع إلى كلام أهالي المجتمع ليكتشف كم هم ودودون أم عنيفون وماذا يزعجهم من سيارات وغيرها. كذلك يستعمل حاسة الشم ليشتم رائحة النظافة أو روائح النفايات أو روائح الماشية المارة في الحي، وحاسة اللمس ليصافح أهالي المنطقة ويعرف كم هم متواضعون أو مضيافون. وهكذا يجمع الممرض معلوماته ويستنتج استنتاجاته حسب ما رأى وسمع وأحس. وهذه طريقة جيدة لجمع معلومات سريعة والنظر إليها على أنها صحيحة رغم أنها خاضعة للتحيز الشخصي.

وهناك طرق أخرى لجمع المعلومات، ومن الممكن استخدام طريقتين مزدوجتين أو استخدام أكثر من ذلك، كما يمكن أيضاً استخدامها جميعاً إذا أراد الممرض. إذ إن لكل طريقة إيجابياتها وسلبياتها ويعود للممرض جامع المعلومات القرار في اختيار الطريقة أو الطرق التي تناسبه. ومن هذه الطرق أيضاً:

4 ـ أسلوب مقابلة قادة المجتمع Key Informants Approach

وفي هذا الأسلوب يجري الممرض مقابلة شخصية مع أعضاء المجتمع المميزين الذين يتبوؤون مراكز قيادية ويملكون المعلومات الحساسة، مثل رئيس البلدية ومدير المنطقة ومدير المدرسة ومدير المركز الصحي وغيرهم. وهذا الأسلوب سريع ولا يتطلب جهداً كبيراً أو إمكانات مادية مرهقة لجمع المعلومات، لكن من سلبياته أن المعلومات المجموعة قد تكون منحازة. فالاحتياجات الصحية من وجهة نظر القياديين قد تختلف عن مثيلاتها من وجهة نظر أهالي المنطقة العاديين. ويعتبر هذا الأسلوب من أكثر الأساليب شيوعاً واستعمالاً من جانب ممرضي المجتمع.

5 ـ أسلوب مقابلة أهالي المنطقة المراجعين للمركز الصحي Rates-Under-Treatment Approach

في هذا الأسلوب يتم مقابلة المراجعين (المرضى المستفيدين) للطبيب في المركز الصحي، الذين يكونون بحاجة للخدمات الصحية من ذلك المركز وبالتالي تعرف الاحتياجات الصحية أكثر من غيرها. ومن سلبياته أنه يوجد أيضاً تحيز في معلوماته مع أنها صحيحة، وهو أسلوب سهل وسريع وصحيح المعلومات. كما أنه يرتكز على فئة لا تمثّل المجتمع بشكل كامل، فالحاضرون لهذا المركز الصحي في تلك الفترة لا يمثلون جميع أهالي المنطقة. فقد

يكون هناك عدد كبير لا يراجع هذا المركز أو لم يراجع المركز في الوقت الذي جمعت فيه المعلومات ولأسباب هامة وقيمة لن يعرفها الممرض بهذه الطريقة.

6 ـ أسلوب جمع أهالي المنطقة Community Forum Approach

يتم من خلال هذا الأسلوب دعوة أهالي المنطقة لاجتماع في مكان وساعة وتاريخ معينين، ومقابلة الحضور وجمع المعلومات منهم. ويعتبر هذا الأسلوب أفضل من غيره خاصة وأن الحضور سيتشكلون من قادة المنطقة وأهل المنطقة العاديين والمرضى وغير المرضى والأغنياء والفقراء وأصحاب المهن المختلفة. ولكن يبقى مأخذ على هذا الأسلوب وهو أنه لا يمكن اعتبار حاضري هذا الاجتماع عينة تمثل المجتمع، إذ إن عدداً كبيراً منهم لن يستطيع الحضور لأسباب متعددة. وقد تكون لديهم معلومات هامة تصبح ناقصة على الممرض جامع المعلومات.

7 ـ أسلوب المؤشرات الاجتماعية Social-Indicators Approach

بهذا الأسلوب يجمع الممرض معلوماته من المراجع والتقارير المكتوبة المتوافرة في المكتبات الخاصة أو في دائرة الإحصاءات العامة أو التقارير المثبتة في المراكز الصحية وغيرها من الدوائر الحكومية التي تحتفظ بتقارير هامة عن المنطقة. ويعتبر هذا الأسلوب صحيحاً، لكن مشكلته أنه قد يكون غير كامل. فكل مؤسسة تجمع المعلومات لهدف معين يلبي احتياجات تلك المؤسسة، ومن مشاكله أيضاً عدم التكامل أحياناً لضياع بعض الأوراق أو الكتب كما يحصل في المكتبات العامة، حيث تفقد الكتب القديمة السريعة التلف.

8 ـ أسلوب المسح الشامل Survey Approach

يعتبر هذا الأسلوب من أفضل الأساليب لتكامله، فهو يلغي سلبيات جميع الأساليب الأخرى. يتم بهذا الأسلوب اختيار عينة عشوائية بطريقة عملية وتتم مقابلة أصحاب العينة في بيوتهم وتجمع جميع المعلومات اللازمة. وتعتبر نتائج هذا الأسلوب ممثلة للمجتمع كاملاً، ولا يوجد فيها أي تحيز، لكن من سلبياته أنه يحتاج إلى وقت طويل وإمكانات مادية عالية.

نوعية المعلومات

من الممكن تبويب المعلومات في ثلاثة أبواب:

1 ـ معلومات عن إدارة المجتمع

2 ـ معلومات عن السكان

3 ـ معلومات عن الصحة

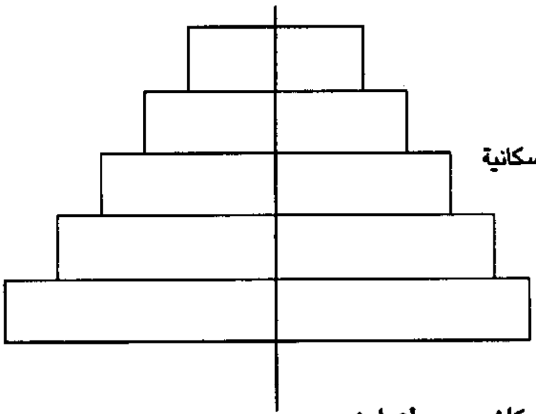
أولاً- معلومات عن إدارة المجتمع

وتشمل معلومات عن الأنظمة والقوانين التي يلتزم بها ذلك المجتمع، بحيث يجب معرفة السياسة الداخلية والخارجية لمعرفة ما هي الأشياء التي يجب أن يبتعد عنها ممرض المجتمع قبل عملية جمع المعلومات بالطريقة الخطأ، أو بعد أن يخطط لمشروع معين ويبدأ بتطبيقه ثم يفاجأ بأن إدارة ذلك المجتمع تمنعه من تطبيق هذا البرنامج لأسباب أمنية أو غيرها. لذلك، وكسباً للوقت تكون هذه هي الخطوة الأولى لجمع المعلومات، حتى يتم جمع المعلومات الأخرى بالطريقة الصحيحة.

ثانياً - معلومات عن السكان

وتشمل المنطقة الجغرافية التي يعيش عليها السكان: مساحة المنطقة، تاريخ المنطقة، البيئة الجغرافية، المناخ، البيئة المحيطة مثل مصادر المياه وتصريف المياه وغيرها.

طبيعة السكان: عدد السكان ونوعية السكان (بدو، حضر، إلخ) وترتيب السكان حسب العمر والجنس. ويفضل رسم الهرم السكاني بحيث يتم توزيع السكان حسب أعمارهم وأجناسهم كما هو موضح في الشكل (3).



الشكل رقم (3) توزع السكان حسب اعمارهم

حساب الكثافة السكانية: عدد السكان وعدد المنازل ومساحة المنزل وحجم الأسرّة.

البيئة: البيئة الفيزيائية من ماء وهواء، ومصادر المياه وكيفية توزيعها ونظافتها وإمكانات تلوثها، وكذلك الهواء مدى تلوثه ووجود مصانع أو مصادر تلوّث محيطة بالمنطقة، كإشعاعات أو كيماويات. وكذلك تصريف الفضلات بنوعيها، الفضلات النفايات والفضلات السائلة، النظام الصحي المتوافر للتخلص منها وفعاليته من النواحي الصحية. والضوضاء كمصدر تلوث في البيئة إذ إنه عنصر هام أيضاً.

التعليم: عدة تساؤلات تجمع المعلومات عنها مثل: عدد المدارس، مستوى المدارس، عدد المتعلمين في كل مستوى، هل هناك تمييز بين الذكور والإناث؟ هل التعليم إلزامي؟ وهل هناك تعليم متوافر؟ وإذا كان غير متوافر، أين أقرب مكان يمكن الوصول إليه للتعلم؟ وحساب عدد الأميين ونسبتهم وتصنيفهم حسب الجنس.

العمالة والبطالة: معرفة المهن التي يعمل بها أهالي المنطقة، المهن الأكثر شيوعاً، وحساب عدد ونسبة العاطلين عن العمل.

المستوى الاجتماعي والاقتصادي للسكان: المستوى المادي يمكن حسابه من دخل الأسرة الشهري مع مقارنته بعدد أفراد الأسرة وخاصة غير العاملين الذين يعتمدون على العاملين كحساب عدد الأطفال وكبار السن.

المستوى الاجتماعي مرتبط بالمستوى المادي، حساب عدد من يتبوأ مراكز إدارية في المنطقة، المراكز التي تضعهم في مركز اجتماعي مرموق، وكذلك مدى تواجد المؤسسات الاجتماعية ونسبة المشاكل الاجتماعية كالطلاق والجرائم.

العادات والتقاليد: تعتبر من أهم العناصر التي يجب على ممرض صحة المجتمع أن يجمع معلومات عنها، فهو سوف يتعامل يومياً مع أفراد المجتمع، ولاكتساب ثقتهم يجب عليه أن يحترم عاداتهم وقيمهم وتقاليدهم السائدة. وتتوارث العادات والتقاليد من جيل إلى جيل وتعتمد على مدى التعلق باحترام السلف. ويعتبر الدين من أهم روافد ومصادر العادات والتقاليد، ومعرفة الدين السائد تساعد على معرفة الكثير من العادات السائدة.

يجب أن تجمع أعراف المجتمع وقيمه وعاداته وتقاليده وسلوكياته بطريقة غير محرجة لأفراد المجتمع، وبخاصة إذا كانت تتعارض مع عادات وتقاليد الممرض الذي يجمع المعلومات. والمهم هنا هو التركيز على العادات الصحية الضارة والتي يقيمها المجتمع بطريقة إيجابية، مثل وضع الكحل في العينين لحديثي الولادة والأطفال في بعض المجتمعات العربية، وكذلك استعمال الطب الشعبي بطريقة خاطئة والاهتمام بالسحر والشعوذة والإيمان به كعلاج لمرضاهم، وتفضيل الذكور على الإناث في بعض المجتمعات الأمر الذي يؤثر على صحة الإناث وعدم الاهتمام بهن.

الاتصال: كيفية الاتصال بين أفراد المجتمع: مركز البريد، كيفية توزيع البريد، تواجد وسائل الاتصال كالتلفاز والمذياع، توافر المجلات الدورية والجرائد اليومية ومدى الإقبال على شرائها، ومدى توزيع الهاتف واستعماله.

المواصلات: كيفية الوصول من منطقة لأخرى داخل وخارج المجتمع وكلفتها

ومدى توافرها واستعمالها، ومدى تواجد وسائط النقل الخاصة المساعدة للمواصلات العامة.

الأمن والحماية: مدى تواجد أجهزة الأمن للحماية وفاعلية هذه الأجهزة، ونوعية المشاكل التي تهدد أمن السكان مثل السرقات والقتل والعنف وغيرها.

وسائل الترفيه: إن من معوقات الصحة الأساسية عدم تواجد أماكن الترفيه للسكان بمختلف أعمارهم وأجناسهم مثل النوادي الرياضية، والمسارح الثقافية، والمتنزهات العامة، إلخ...

خدمات عامة: خدمات مساندة كتعبيد الطرق، والكهرباء وتوزيع المياه وجمع النفايات وغيرها.

ثالثاً ـ معلومات عن الصحة

وهي تشمل الحالة الصحية health status والخدمات الصحية health services.
ولمعرفة الحالة الصحية تجمع المعلومات التالية:

1ـ معدل الوفيات Mortality Rates

- معدل الوفيات الخام؛
- معدل الوفيات حسب سبب الموت؛
- غيرها: معدلات الوفيات المختلفة الأخرى كوفيات الأطفال، الأمهات إلخ...

2 ـ معدل الولادات السنوي Birth Rates

3 ـ معدل المراضة Morbidity Rates

- الأمراض الموجودة في المنطقة، القديمة منها والجديدة في السنة الواحدة.
- الأمراض التي تقع حديثاً بغض النظر عن الأمراض القديمة في السنة الواحدة.
- الأمراض الأكثر شيوعاً طيلة العام.
- الأمراض الأكثر شيوعاً حسب الفصل من العام.
- الأمراض الأكثر شيوعاً بالفئات العمرية والجنسية المختلفة.

الخدمات الصحية

حجم الخدمات الصحية، عدد المراكز الصحية الحكومية وغير الحكومية، عدد الأطباء غير الحكوميين في المنطقة، عدد المراكز الصحية المتخصصة، عدد المستشفيات وحجم

المستشفيات والخدمات التي يقدمها المستشفى والمركز الصحي، عدد الصيدليات والمختبرات الخاصة في المنطقة (مختبرات مخبرية ومختبرات أشعة) إلخ...

نوعية الخدمات الصحية، يجب معرفة نوعية وكمية الخدمات الصحية المتوافرة في المجتمع؛ فمثلاً يجب معرفة:

- المؤهلات العلمية للطاقم الصحي (الفريق الصحي) الذي يوفر الخدمات الصحية (طبيب) عام أو مختص؟ (ممرضة) مؤهلة أم ممرضة بالخبرة؟ فني الأشعة، المختبرات، الصيدلي والمثقف الصحي وجميع العاملين الآخرين.
- طريقة تعامل الفريق الصحي مع المستفيد، غالباً ما ينفر المستفيد من مركز صحي معين بسبب أسلوب التواصل الذي يواجهه من الممرض أو الطبيب أو موظف التسجيل.
- توافر الأجهزة التي يحتاج إليها المستفيد وكون هذه الأجهزة صالحة للاستعمال ومعرفة الفنيين لكيفية استعمالها.
- مدى إقبال أهالي المنطقة على الاستفادة من الخدمات الصحية المتوافرة، وغيرها...

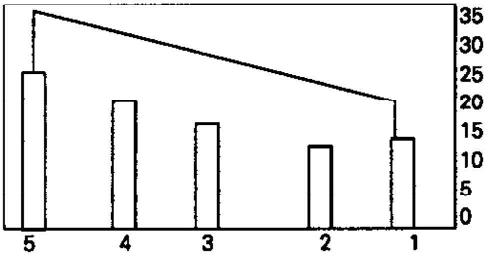
تنظيم المعلومات

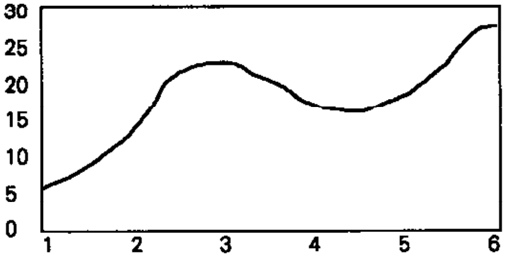
بعد الانتهاء من عملية جمع المعلومات، على ممرض صحة المجتمع تنظيم ما حصل عليه في جداول خاصة، وتحليل المعلومات إحصائياً بالتحليل الوصفي وترتيبها وتنسيقها في رسومات بيانية بأنواعها المختلفة، كما الشكل (4)، مع توضيح العوامل والأرقام والنسب وعناوين الرسومات والجداول.

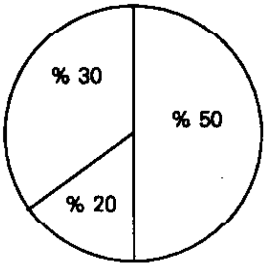
وبعد تحليل المعلومات تظهر الاحتياجات الصحية بالنسبة لحجم حدوثها، فمثلاً قد تظهر حوالي عشرين مشكلة صحية في مجتمع تم تقييمه كالتالي:

1. إسهالات عند الأطفال؛
2. التصريف الصحي غير سليم؛
3. تلوث الهواء؛
4. البطالة؛
5. تقمل عند طلبة المدارس؛
6. خدمات الإعاقة العقلية؛

العامل	العدد	النسبة المئوية	المجموع







الشكل رقم (4)

7. الكوليرا في الصيف؛
8. السرقات في المنطقة؛
9. الحرائق في الصيف؛
10. الطلاق؛
11. خدمات المركز الصحي؛
12. الحوادث/السيارات؛
13. النظافة الشخصية؛
14. ارتفاع ضغط الدم؛
15. السكري؛
16. شح المياه؛
17. التعلق بالشعوذة؛
18. الفقر؛

19. التسمم؛
20. الأميّة.

اختيار الأولويات

تتم جدولة الاحتياجات الصحية بطريقة معينة بعد أن يتم تحديد الأولويات. ويجب أن تتبع منهجية معينة يضعها ممرض صحة المجتمع، وبناءً عليها يتم ترقيم الأولويات حسب أهميتها ومحاولة حلها. ومن الأمور التي يمكن أخذها في الحسبان عند وضع المنهجية حسب الأهمية ما يلي:

1. كبر حجم المشكلة، معدل الحدوث أو الانتشار وبين أي فئة عمرية أو جنسية، واعتبار ما إذا كانت هذه الفئة هي الأكبر في المجتمع؛
2. قوة المشكلة (إذا كانت قاتلة Fatal)؛
3. سرعة حل المشكلة urgent؛
4. إذا كان حل المشكلة يحل مشاكل أخرى بصورة تلقائية؛
5. القدرة على حل المشكلة كممرض صحة المجتمع؛
6. توافر التسهيلات والإمكانات المادية والبشرية اللازمة لحل المشكلة.

وهذه عوامل يضعها ممرض صحة المجتمع حسب ما يراه مناسباً. وهكذا وبعد الانتهاء من مرحلة تقييم المجتمع المستفيد يكون ممرض المجتمع مستعداً للبدء بالعمل بمرحلة التخطيط التي ستعرض بالفصل القادم.

أسئلة ونشاطات

1. اشرح سلبيات وإيجابيات طرق تقييم احتياجات المجتمع الصحية المختلفة.
2. استخدم أحد أساليب جمع المعلومات وحلل معلوماتها لتحديد أهم ثلاث مشاكل صحية في مجتمعك.

مراجع للاستزادة

(1) Swenson, Janice M. Abreeht Mary, Community Health Nursing. Promoting the Health of Aggregates. W.B Saunders Comp. (1993).

(2) Clark, Mary Jo., Nursing in the Community, Appleton lange. Conecticut. (1992).

(3) Turton Pat Orr Jean, Learning To Care In The Community, Hodder Stoughton. London. (1985).

(4) McMurray Anne,. Community Health Nursing., Primary Health Care in Practice, Churchill Livingstone. London New York (1990).

(5) Spradley, B.W., Readings in Community Health Nursing. Fourth Edition. J.B. Lippincott Company, Philadelphia. (1991).

(6) Stanhope M. Lancaster J., Community Health Nursing Process Practice for Promoting Health. The C.V. Mosby Company ST. Louis. (1984).

(7) Archer, S.E. Fleshman, R.B., National League for Nursing Community Health Nursing: Educational Practice New york, (1980).

(8) Peekhams- and Spanton. J., Communiry Development Approaches To Health Needs Assessment. Health Visit. Apr; 67(4):124-5. (1994).

(9) Ruubal S., Bauwens E., Fasla M., Community Assessment: An Epidemiological Approach, Nursing Outlook. June vol. 23, No.61 pp 365-368. (1985).

(10) McCarthy Nancy. Community Assessment-A Risk Factors Analysis, Journal of Nursing Education Vol.23,No,9, November, 398-401. (1984).

(11) Stewart, M.J., Community Health Assessment: A systematic Approach. Nursing Papers 14(1):30-47. (1982).

(12) Allor, M.T., The Community Profile, Journal of Nursing Education, Vol.22,No.11JA. 12-17. (1983).

(13) Sheahan,S., Community Assessment: An Essential Component of Practice, Health Values. Vol.7 No.5. Sept. Oct. (1984).

(14) Murray S.A. Grahm L.J., Practice Based Health Needs Assessment. Use of Four Methods In A Small Neighbourhood, British Medical Journal, June. 3;310(6992).1443-8. (1995).

(15) Bachman J.A.. Self Described Learning Needs Of Pregnant Teen Participants In An Innovative University Community Partnership, Maternal-Child Nursing Journal. Apr-June, 21(2):65-71. (1993).

(16) Mueeke L., Rubin J.D, Radke M.S., Child Health Care in Charles Country, Maryland: a Needs Assessment, Md- med-Journal Jul. 44(7): 517-20. (1995).

(17) Stade M., Needs Assessments N. Involvement Of Staff 108-203. (1993).

(18) Lundeen, S.P., Health Needs of A Suburban Community; A Nursing Assessment Approach. Journal of Community Health Nursing, 9(4): 235-44. (1992).

(19) Smith, M.C., Barton, J.A., Technologic Enrichment Of A Community Needs Assessment, Nurs Out Look. Jan-Feb; 40(1):33-7. (1992).

(20) Dunne, P., Patterson, L., Kilmaetin, M., Sladden, M., Health Service Provision In Rural And Remote Areas., A Needs Analysis, Med-Journal. August- Jul 18; 161(2): 160-2. (1994).

(21) Blum, H.J., Planning for Health: Generics for the Eighties, Human Science Press. New York, (1981).

الفصل الثاني

التخطيط لتنفيذ البرامج الصحية في المجتمع

تؤثر المتغيرات الحديثة في مجال العلم والتطور السريع الذي نشهده اليوم تأثيراً مباشراً على الفرد في شتى النواحي الاجتماعية والاقتصادية والصحية، وهذا الأمر يجعل الإنسان يعيش في حياة مليئة بالتحدي والتجديد، ويزيد من طموحاته في شتى المجالات. فمؤدي العمل له من الطموحات لتحقيق الأهداف والوصول إلى كفاءة عالية في مجاله، وطالب الخدمة أو المستفيد له من الطموحات والتوقعات من الخدمة أو العمل المقدم له بمستوى يصل إلى درجة الكمال والرضى. ومن هذا المنطلق جاءت أهمية التخطيط بشكل عام، فما من عمل ناجح إلا وكان التخطيط السليم سبب ذلك النجاح والتقدم.

وللتخطيط الصحي دور مهم في الحماية والمحافظة على الصحة وتعزيزها من خلال البرامج الصحية التي يتطلبها المجتمع. ودور ممرض صحة المجتمع جزء من هذه البرامج وله من التأثير والفعالية ما قد يجعله سبباً في رفع أو تدني المستوى الصحي للمجتمع الذي يعيش فيه. وتعتبر عملية التخطيط عملية سياسية لها علاقة وطيدة بمراكز القوة في أي مجتمع كان، وهي بذلك عملية ديناميكية ومستمرة، الغرض منها تحديد خطوات واضحة لاستنتاج إطار العمل المراد تنفيذه لسد احتياجات ضرورية لفئة معينة أو للمجتمع ككل. وتأتي عملية التخطيط كمرحلة مكملة لمرحلة التقييم التي قدمناها في الفصل السابق.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سوف يكون القارىء قادراً على أن:

1. يشرح مراحل عملية التخطيط بشكل عام؛
2. يذكر المصادر التي يمكن أن يحصل منها على المعلومات التي تساعده في عملية التخطيط؛
3. يعد مخططاً لمشروع برنامج صحي على مستوى المجتمع؛
4. يقدر أهمية التخطيط للبرامج على مستوى المجتمع المستفيد.

أهمية عملية التخطيط

كثير من المجتمعات يمكن أن تحدث فيها تغيرات مختلفة، سواء تم التخطيط لإحداث هذه التغيرات أم لا. ولكن في غياب التخطيط العلمي المنظم فإن هذه التغيرات أحياناً ما تكون غير مرغوب في حدوثها. وعلى هذا يجب على كل من ممرض صحة المجتمع والمستفيد المشاركة في التخطيط المسبق، لتنفيذ البرامج الصحية في المجتمع وإحداث التغيرات المناسبة المطلوبة فعلياً. فالمشاركة في التخطيط من قبل المستفيد تحفزه للعمل على تنفيذ الأدوار والسلوكيات المطلوب منه أداؤها وكذلك تقلل من مقاومته لتنفيذ البرامج الصحية المختلفة.

تعريف عملية التخطيط

التخطيط بحد ذاته هو عملية لوضع الأهداف والاستراتيجيات التنفيذية المبنية على حقائق ملموسة وواقعية، وتعتمد على عامل الوقت في مضمونها وكذلك على المؤشرات الاجتماعية والثقافية والصحية والاقتصادية لأي بلد كان.

مواصفات الخطة الجيدة

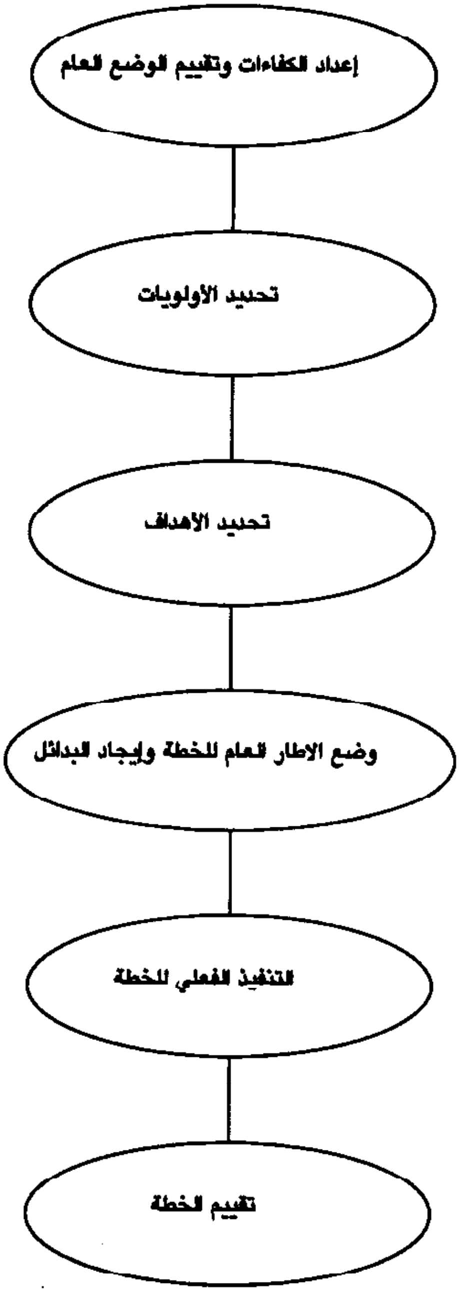
- يجب أن تحاكي المستقبل بمعنى أن يكون ناتجها ذا قيمة وعائد إيجابيين للمستفيدين من الخطة.
- أن تكون الخطة عملية ومرنة ولها مردود يُحس ويُلمس وينظر.
- أن تكون الخطة معترفاً بها من جهة رسمية سواء مؤسسة، أو وزارة، أو دولة.
- أن يشارك المستفيدون مشاركة فعالة في وصفها.
- أن تستند الخطة على رغبات وحاجات ومشاكل المجتمع.

وعملية التخطيط كما هو في الشكل (1) تشتمل على عدة مراحل يكمل بعضها بعضاً، فأي نقص أو خلل في أي مرحلة يؤدي إلى الفشل في المرحلة اللاحقة.

مراحل عملية التخطيط

المرحلة الأولى ـ تقييم الوضع والإعداد Assessment and Preparation

إن أهمية وجود كفاءات على مستوى من المعرفة والعلم لعملية التخطيط أمر ضروري ومطلوب، إلى جانب وجود النظم واللوائح التي تربط وتحدد وظيفة العمل التخطيطي وأهدافه. ولضمان خطة ناجحة وفاعلة لأي عمل كان فإن ضرورة وجود كفاءات على مستوى من العلم والدراية في النواحي التخطيطية أمر في منتهى الأهمية. وإذا لم يكن



الشكل (1) مراحل عملية التخطيط

هناك مثل هذه الكفاءات فمن الواجب الإعداد لذلك والاستعانة بالخبراء والاستشاريين لتدريب العدد المطلوب من الكفاءات الوطنية، إلى جانب وضع اللوائح والقوانين التي تنظم العمل التخطيطي وتحدد أهدافه لضمان إعداد خطة على مستوى من الدقة والفاعلية

وتحاكي حاجة المجتمع. وتأتي عملية جمع المعلومات والحقائق المتوافرة لتكون قاعدة تنطلق منها المراحل المتقدمة في عملية التخطيط. على سبيل المثال، هناك الكثير من المؤشرات التي يحتاجها المخطط مثل تعداد السكان، مستوى التعليم، نسبة الأمية، دخل الفرد، مستوى الثقافة الصحية، العوامل البيئية المختلفة، المستوى الاجتماعي والثقافي، إلى جانب المؤشرات الصحية الدقيقة مثل نسبة الوفيات، نسبة الإصابة بالأمراض، وغيرها. ومما هو واضح فإن هذه المرحلة تعتبر مرحلة التقصي والدراسة وتقييم الوضع بما يشمله من حقائق ومعلومات للتسهيل للمرحلة الثانية، وقد قدمنا تفصيلاً لهذه المرحلة في الفصل السابق.

المرحلة الثانية ـ تحديد الأولويات Determination of Priorities

أن مرحلة تقييم الوضع والإعداد لتلك البيانات تلي مرحلة تحديد الأولويات من حيث الدقة والأهمية للبرامج التي يحتاجها المجتمع. وفي هذه المرحلة يجب إشراك منفذي الخدمات لتحديد تلك الأولويات لكونهم يعانون من الوضع ومشكلاته، وقد يكون لهم دور فاعل في ذلك لأن ما يراه الخبير أو المختص مهماً وفي أعلى قائمة الأولويات، قد يكون كذلك عند من يعايشون الوضع في المجتمع. على سبيل المثال، قد يرى خبير التخطيط أن الأولوية تتمثل بإيجاد عيادات تخصصية في بعض المناطق وأنها ضرورة قصوى وأنها ذات أولوية أكبر من أن يتم افتتاح مراكز للرعاية الصحية الأولية في مناطق بعيدة، ثم لا تلبث أن تنجلي الحقيقة وتظهر أن المناطق البعيدة تحتاج لخدمات عامة بسيطة أهم وأكثر ضرورة من المراكز التخصصية لبعض المناطق. كذلك علينا أن لا ننسى أولويات المستفيد نفسه وذلك كونه عنصراً مشاركاً وفعالاً في هذه العملية. لذلك فإن عملية تحسس المشاكل الصحية وموازنتها وقياسها لتحديد الأولوية مرحلة مهمة وتشكل العمود الفقري لوضع لنجاح عملية التخطيط.

المرحلة الثالثة ـ تحديد الأهداف Objective Development

يعرف الهدف على أنه العمل أو الشيء الذي يراد الوصول إليه أو تحقيقه من خلال أنشطة وأعمال مختلفة. وهو أيضاً «يعني الغاية» التي يعمل الشخص لنيلها بكل الوسائل.

والهدف مهم في حياة الإنسان بشكل عام وفي النواحي العملية بشكل خاص. وما من عمل ناجح وفاعل إلا وله مدخلات وهي تتمثل في الموارد المالية والأيدي العاملة والوقت والمواد ذاتها.. وذلك للتوصل إلى المخرجات وهي الهدف الذي من أجله تم ذلك العمل. وتحديد الأهداف مهم لممرض صحة المجتمع عند القيام بمسؤولياته تجاه المستفيدين والعمل ذاته ونفسه. لذلك فإن عملية التخطيط ما هي إلا تحديد للأهداف والتي عادة:

- تحدد الإطار العام للعمل؛
- تعمل كمرشد يستهدي به الشخص؛

- تعمل كعامل مشجع للفرد.

إذ إنه عند اكتمال جزء من العمل أو تحقيق أحد الأهداف المتوقعة، تزداد رغبة ومجهود الشخص للتوصل إلى ما هو أبعد من أهدافه كاملة.

فعلى سبيل المثال قد يقول ممرض صحة المجتمع إن هدفه توفير رعاية صحية أفضل في مركز دار المسنين التابع لمنطقته، أو قد يكون هدف الممرض تقليل نسبة حوادث الأطفال المنزلية إلى النصف خلال عام. والأهداف يجب أن تكون مفهومة وواضحة من قبل كل القائمين بالتخطيط. كما يجب أن تكون واقعية وتركِّز على مستويات الوقاية الثلاثة التي يعتمد عليها تمريض صحة المجتمع. فمثلاً لو تم التركيز في وضع الأهداف على تعزيز الصحة دون التركيز على منع حدوث الأمراض، نجد عند التنفيذ أن التحصينات والتلقيحات لا يتم التركيز عليها ولا تتوفر بالنوعية والكمية المطلوبتين الأمر الذي قد يؤدي إلى حدوث كوارث مرضية في المجتمع. وقد تكون الخطة مبنية على هدف واحد أو عدة أهداف. وتقسم الأهداف إلى أهداف عامة، وهي أهداف غير قابلة للقياس والتقييم، وأهداف خاصة، وتكتب بأسلوب يمكن قياسه، وتحديد مدى تمكن الخطة بعد تنفيذها من تحقيقها أم لا. على سبيل المثال، في مجتمع ما وجد أن خدمات الأمومة والطفولة ضعيفة نسبياً وتحتاج إلى خطة لرفع مستواها من كافة النواحي عندها سنقوم بوضع هدف عام مثل تقديم خدمات شاملة للأم والطفل، فهذا هدف عام غير قابل للقياس والتقييم.

أما الأهداف الخاصة والقابلة للقياس فقد تكون كما يلي:

- توفير خدمات التمريض المنزلي بشكل منتظم لكافة الأطفال الخدّج وحديثي الولادة خلال العام.
- توفير إشراف ومتابعة من قبل الممرضين لكافة الحوامل ذوات عوامل الخطورة العالية.
- تسجيل 98% من الحوامل وحديثي الولادة في المجتمع في سجلات مركز الأم والطفل.
- وضع منهاج للتربية الصحية لجميع مراجعات مركز الأم والطفل.

المرحلة الرابعة - وضع الإطار العام للخطة وإيجاد البدائل General Framework and Alternatives

عادة تكون هناك عدة طرق يمكن اتباعها لتحقيق الأهداف، ولكل طريقة منافعها ومساؤها. فمثلاً إذا كان الهدف هو التوصل إلى وضع نظام لإحالة المراجعين بين عدة مؤسسات صحية، فما هي الطريقة الفضلى للعمل؟ وما هي أفضل الطرق لتحقيق ذلك؛ مثل إقامة ندوة لكافة المسؤولين في المؤسسات المعنية لتوضيح أهمية الإحالة الصحيحة؛ أم مثل توضيح طريقة عمل مشروع ريادي يجمع بين مؤسستين وجعله نموذجاً للمؤسسات الأخرى للاطلاع عليه بغرض التوصل إلى قرار حول أهمية تحقيق الهدف.

يهتم المخططون بوضع بدائل للخطط، ويجب أن يكون ذلك من خلال وضع الأولويات لما لها من أهمية. ويجب توضيح البدائل وكيفية العمل بها وأهمية وضع إطار لكل بديل وإعطاء مجال للمقارنة بين البدائل. ويجب أن يشتمل الإطار العام للبدائل على:

1. تعريف واضح للنواحي العلمية للبرنامج.
2. إيجاد هيكل تنظيمي لإطار المشروع المراد تنفيذه.
3. تحديد الأيدي العاملة والموارد اللازمة.
4. تحديد التكلفة المالية.
5. توضيح الفائدة القصوى المتوقعة للبرنامج المراد تنفيذه مقارنة بسبب إدراجه كأولوية.
6. أولوية المستفيد.

وعند تقييم البدائل يوضع في الاعتبار عادة قيمة التكلفة المالية ومدى فاعلية وتعدد العوائد من الخدمات للبديل كنوع من الحكم منحه الأولوية.

المرحلة الخامسة ـ التنفيذ الفعلي للخطة Implementation of Plan

بعد إتمام المراحل التخطيطية للخطة تأتي المرحلة التنفيذية والتي يتم من خلالها وضع الخطوات التفصيلية لخطة العمل وملاحظتها ومتابعتها للتعرف على نقاط القوة والضعف. وهي تعتبر مرحلة مهمة في عملية التخطيط، وتحتاج لتضافر الجهود من قبل المخططين بالتعاون والشراكة مع المستفيدين في عملية التنفيذ لجعلها ناجحة. وأول خطوة وأهمها هي قبول الخطة ذاتها من قبل المستفيدين وكذلك من القيادات ومتخذي القرارات في المنطقة، وأيضاً قبولها من الفريق القائم على التنفيذ. ويجب على المخطط أن يراعي ويحفظ التوازن ما بين جميع هؤلاء في القبول آخذاً في الاعتبار التوازن بين مسؤولية الإدارات المركزية ومسؤوليات إدارة المشروع في مرحلة التنفيذ. ويجب أن تكون الخطوات مفصلة ودقيقة للتنفيذ الفعلي اعتماداً على كفاءة المدخلات وإطار العمل ذاته، وأن يكون هناك نماذج قياس لمختلف الأعمال منذ البداية. وجميع ما تم في هذه المرحلة يجب أن يحاكي الوضع القائم في المجتمع.

وتتضمن مرحلة التنفيذ النشاطات والإجراءات التالية:

- تثبيت الإمكانات وتحديدها؛
- تحفيز المصادر المادية والبشرية؛
- اختيار البديل الملائم فعلاً للتنفيذ؛
- إشراك القوى البشرية والمادية في عملية التنفيذ؛
- وضع خطة عملية لكيفية تنفيذ الخطة خطوة خطوة.

المرحلة السادسة ـ تقييم الخطة Evaluation

مرحلة التقييم مهمة جداً وهي جزء من العملية الديناميكية للتخطيط. وتعتبر المرحلة التي تنتهي معها مرحلة تنفيذ الخطة وفي نفس الوقت تعمل كبداية للخطة البديلة. وإذا طرأ أي تغيير أو خلل في الخطة المطبقة، يكون هناك نوعان للتقييم هما:

- التقييم المستمر؛
- التقييم النهائي.

التقييم المستمر وهو للأغراض الإدارية ويكون على شكل تقييم دوري لفترات زمنية مختلفة أو بشكل تقييم لهدف واحد بالخطة. ويمكن الاعتماد على التقييم المستمر في تنفيذ الخطة على مستوى المشروع بكامله وفي موقع العمل، لأن عملية التقييم تعتمد على مراجعة خطوات الخطة مع مقارنتها بالمقياس الموضوعي لكل مرحلة. ويعتمد التقييم في مضمونه على تحديد الإنجازات بشكل دقيق وتلمس كفاءة العمل ذاته لفترات زمنية محدودة، حيث تتم عملية المقارنة بين الخطوة المنجزة والمقياس الموضوعي «Standard». ويجب أن يكون التقييم صريحاً وموضوعيًا وأن لا يخضع للعواطف والانحياز عن ما هو واقع فعليًا إذ إن التدخلات الإنسانية والانحياز الشخصي قد يؤديان إلى فشل الخطة إجمالاً.

ونتيجة للتقييم يكون من الممكن الحكم ما إذا كانت الأهداف التي وضعت للخطة قد تحققت كلها أم جزءاً منها أم لم تتحقق. فمثلاً إذا كان هدف برنامج ما هو «جعل جميع الأطفال الخدّج في المجتمع يتلقون رعاية وإشرافاً تمريضياً منزليًا خلال عام»، وبعد تنفيذ الخطة وتقديم الخدمات التمريضية المطلوبة خلال سنة، يُجرى التقييم ومنه يتضح للمسؤول مدى تحقق هذا الهدف عن طريق إجراء مسح لعدد الأطفال الخدّج في ذلك المجتمع وتحديد عدد الذين تلقّوا منهم فعلاً عناية تمريضية منزلية.

تطبيقات لبرنامج خاص بمكافحة الأمراض القلبية الوعائية

1ـ تقييم الوضع والإعداد

ويشمل ما يلي:

- جمع المعطيات المتاحة المتعلقة بتوافر الطعام واستهلاكه والعادات الغذائية المتبعة (نظراً لما يتمتّع به الغذاء من أهمية كبيرة) في المجتمع المراد دراسته؛
- جمع معطيات حول المراضة والوفيات الناتجة عن أمراض القلب الوعائية؛
- جمع بيانات حول مدى وعي المشكلة عند أفراد المجتمع؛
- معرفة مدى مساهمة الجهات المختصة في مكافحة هذه الامراض سواء بوضع

التشريعات الخاصة أو المشاركة في التثقيف الصحي أو بالدعم المادي؛

- تحديد القيادات الشعبية Community Leaders التي يمكن أن تساهم في البرنامج؛
- حصر الموارد والإمكانات المتاحة لتنفيذ البرنامج سواء كانت بشرية (الفريق الصحي: العدد، الخبرات والقدرات.. الخ، القيادات الشعبية والمتطوعين من أبناء المجتمع) أم غير بشرية (الميزانية المحددة للبرنامج، التبرعات، الأدوات والأجهزة والمعدات الطبية، الأدوية، الأمصال، الأماكن المتاحة لتنفيذ البرنامج، طرق ووسائل الاتصال المتاحة، الدعم السياسي... إلخ).

2 ـ تحديد الأولويات Prioritization

بعد ذلك يجب تكوين لجنة خاصة لتقوم بتخطيط وتنفيذ وتقييم البرنامج. وتضم هذه اللجنة أعضاء متخصصين في هذا المجال. كما يمكن إشراك أكثر من هيئة ذات علاقة أو وزارة مثل وزارات الأغذية والزراعة والتعليم والصناعة وغيرها، ووضع الأولويات الخاصة بمكافحة هذه الأمراض.

3 ـ تحديد الأغراض

أ ـ تحديد الأغراض العامة للبرنامج General Objectives

وفيه توضح الأغراض أمراض القلب الوعائية المتوقع أن يحققها البرنامج، وهي تشمل هنا الوقاية ومكافحة الأمراض.

ب ـ تحديد الأغراض الفرعية والخاصة Specific Objectives

وفيه يتم تحديد الأغراض المرجوة بدقة وبطريقة واقعية وعملية ويمكن قياسها، كما يتم توضيح الأنشطة التي تساعد على تحقيق الأهداف والزمن اللازم لتنفيذها.

4 ـ وضع الإطار العام للخطة وإيجاد البدائل

ويتم ذلك بعد تحديد الأهداف العامة والفرعية. فعلى سبيل المثال قد نقول إننا سنقوم بالعمل على البديل التالي: إقامة مكافحة محلية من خلال نوعية السكان والتدريب. وهذا البديل يشمل المعلومات والتفصيلات التالية:

- إعداد برنامج لتنبيه الوعي بين كبار المسؤولين عن الإدارة الصحية حول حجم المشكلة؛
- الدعم الإداري؛
- برنامج تثقيف صحي عن طريق المدارس والجامعات ووسائل الإعلام الجماهيرية والخدمات الصحية والمنظمات غير الحكومية؛

- استشارة خبراء التغذية والوبائيات لإعداد أدلة وطنية لمكافحة هذا الاضطرابات؛
- التكلفة المادية.

5 ـ التنفيذ الفعلي للخطة

ويشتمل على ترتيب الخطوات التي سوف يتم على أساسها التنفيذ مثل:

- تعيين العاملين في البرنامج وتعريفهم بأهداف البرنامج وتدريبهم.
- تحديد جدول الأعمال.
- تحديد النظام الإداري.
- الحصول على موافقة المجموعة المستهدفة على البرنامج.
- البدء بحملات التوعية والتثقيف في المجتمع.
- مباشرة برامج التعليم المستمر للعاملين في الخدمات الصحية.

6 ـ التقييم

يحدد طرق ووسائل تقييم البرنامج بدءاً من مرحلة التخطيط إلى الانتهاء من البرنامج. فعلى سبيل المثال، لو فرضنا أن أحد الأهداف الفرعية للبرنامج كان «خفض نسبة الوفيات الناتجة عن أمراض القلب بنسبة 5 درجات خلال 5 سنوات»، فهذا يدعونا إلى جمع معلومات حول أسباب الوفيات كل عام خلال فترة المشروع وتحليل هذه المعلومات من أجل معرفة ما إذا تم خفض نسبة الوفيات الناتجة عن أمراض القلب أم لا.

أسئلة ونشاطات

1 ـ عدّد مراحل التخطيط، واشرح باختصار مرحلة وضع الأهداف وتعريفها.

2 ـ اذكر المصادر التي يمكن الاستعانة بها للحصول على معلومات تساعد في عملية التقصي والتقييم للشخص.

3 ـ ما هي مواصفات الخطة الجيدة؟

4 ـ لماذا تعتبر عملية التخطيط مهمة في حياتنا؟

مراجع للاستزادة

(1) Green, Ottoson, Community Health, St. Louis, Mosby (1994).

(2) Anne, M.C. Murray, Community Health Nursing: Primary Health Care In Practice. London: Churchill Living stone (1993).

(3) Philip Burnard, Counselling: A Guide To Practice In Nursing, London, Biddles Ltd,. (1992).

(4) Lawrence W. Green, Health Education Planning. A Diagnostic Approach, Maryland Publishing Company. (1980).

(5) Teaching in nursing St. Louis, The Mosby Company (1976).

(6) سعاد حسين حسن، تمريض صحة المجتمع، الكويت (دار القلم 1980).

الوحدة الرابعة

العوامل المؤثرة في صحة المجتمع

الفصل الأول: التنمية المضمونة الاستمرار (المستدامة) واقتصاديات الصحة

الفصل الثاني: آداب وأخلاقيات ممرّض صحة المجتمع

الفصل الثالث: الثقافة وتأثيرها على الصحة

الفصل الرابع: صحة البيئة

الفصل الأول

التنمية المضمونة الاستمرار (المستدامة) واقتصاديات الصحة

Sustainable Development & Health Economics

يساهم الإنسان المعافى بشكل إيجابي وفعّال في عملية التنمية، حيث تعتبر الصحة إحدى الركائز الأساسية للتنمية في المجتمع. لذا تسعى الدول والمنظمات الدولية ذات العلاقة إلى الاستثمار في الصحة وتحسين مستواها لدى الأفراد والجماعات وذلك بتطبيق استراتيجية توفير الصحة للجميع من خلال تنفيذ نظام الرعاية الصحية الأولية.

في هذا الفصل سوف نتعرف على مفاهيم التنمية المستدامة واقتصاديات الصحة ضمن العوامل المؤثرة في صحة المجتمع.

الأهداف

بعد الانتهاء من الفصل سيكون القارىء قادراً على:

1 ـ شرح مفهوم التنمية المستدامة؛

2 ـ تحديد عوامل التنمية ومناقشة دور كل منها على صحة المجتمع؛

3 ـ مناقشة مفهوم اقتصاديات الصحة؛

4 ـ تحديد تكاليف وإيرادات الخدمات الصحية؛

5 ـ مناقشة مفهوم عوائد الاستثمار الصحي.

التنمية وتاريخها

عقد الستّينات

بعد أن تحررت بلدان العالم الثالث من الاستعمار، كان عليها أن تتحرر من الفقر. ولتحقيق ذلك، كانت بحاجة إلى مساعدات على شكل أموال ومهارات من جيرانها الأغنياء. وهكذا

ولدت دوافع التنمية، وكانت الأمم المتحدة في أواخر خمسينات القرن الماضي قد بدأت بتهيئة مؤسساتها لقبول تحديات التنمية. ولذا قامت بإنشاء صندوق خاص لدعم عملية البنية التحتية والتصنيع يدعى برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. وهكذا أدت الوكالات المتخصصة بالأمم المتحدة مثل، منظمة الصحة العالمية، واليونيسف، واليونسكو، ومكتب الأمم المتحدة للشؤون الاجتماعية، ومنظمة الأغذية والزراعة، وظائفها. وكانت ميادين عملها تقع في صميم التنمية، وهي ميادين تقليدية كالطعام والتغذية والصحة وأنماط الحياة، ورعاية الأمومة والطفولة، ونشاطات المرأة والمياه والصرف الصحي. وقد استطاعت هذه المنظمات أن تقدم مساعدات مادية على شكل تجهيزات وأدوية ومركبات ورواتب للتدريب. وفي نهاية العقد اكتشف علماء الديموغرافيا أن انخفاضاً حدث في معدل الوفيات دون أن يرافقه انخفاض مشابه في معدل الولادات. وهذا يسبب خللاً في الأوضاع السكانية للبلدان النامية (الانفجار السكاني). وسرعان ما أصبح موضوع الانفجار السكاني قضية لا بد للمعنيين بالتنمية من معالجتها. أما المنظمات الاقتصادية فقد كانت تعتمد على صيغة النصيحة الفنية والقروض الزهيدة.

عقد السبعينات

بحلول عقد السبعينات ثبت خطأ الفكرة القائلة بأن نقل رأس المال والمهارات الفنية من شأنه أن يقضي على الفقر المدقع بسرعة، وأدى ذلك إلى ظهور مناخ جديد في التفكير التنموي. وبما أن النمو الاقتصادي عجز عن إزالة الفقر بصورة أوتوماتيكية، فقد قرر المحللون التنمويون أن يتضمن عقد السبعينات اتخاذ تدابير تستهدف الفقراء ومساعدتهم على تلبية حاجاتهم الأساسية من الغذاء والماء والسكن والصحة والتعليم. وفي عام 1976 كانت اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية في طريقهما للاتفاق على نظام بديل للرعاية الصحية. فقد لاحظتا أن الأنظمة الصحية للدول النامية ما هي إلا صور باهتة للأنظمة ذات التقنية الرفيعة في الدول الصناعية، وقد أدى ذلك بسبب قلة الموارد إلى تشويه الأولويات وتجاهل المبادىء الأساسية للصحة العامة.

وفي المؤتمر الذي عقد في عام 1978في ألما آتا في الاتحاد السوفييتي السابق، وافق وزراء الصحة في البلدان النامية على وجوب إعادة بناء أنظمتهم الصحية بصورة جذرية لتوفير (الرعاية الصحية الأساسية) لجميع مواطنيهم ـ كما ذكرنا في الوحدة الثانية ـ وقد أسفرت هذه الرؤية الراديكالية عن هدف طموح هو «الصحة للجميع بحلول عام 2000».

وتشير التقارير أن التنمية عجزت عن الوصول إلى قطاعات واسعة من الفقراء لأن الخدمات القائمة من صحة وتعليم وخدمات زراعية قد خطط لها وصممت وفق نموذج البلدان الصناعية. فهذه البرامج التنموية لم تكن مرتبطة بتصور المجتمعات والتجمعات لاحتياجاتهم.

عقد الثمانينات

في هذا العقد أعطى تطور الخدمات الأساسية واعتماد أساليب الرعاية الصحية الأولية العاملين في التنمية الاجتماعية والبشرية إحساساً جديداً بالغرض الذي يعملون من أجله. ولما كانت معدلات وفيات الرضع والأطفال تعتبر مقياساً لمدى تطور بلد ما، قامت المنظمات الدولية بشن هجوم مباشر لخفض وفيات الرضع والأطفال واعتبار تحقيق ذلك من أدوات التنمية. واختارت منظمة الصحة العالمية واليونيسيف حزمة مكافحة الأمراض المعدية الشائعة التي تصيب الأطفال في المراحل المبكرة من أعمارهم عن طريق استخدام التقنيات الطبية البسيطة. وهذه الحزمة كانت تشمل مراقبة النمو من خلال فحوص دورية، ومعالجة الجفاف عبر الفم، والرضاعة الطبيعية، والتطعيم ضد الأمراض الستة الفتاكة التي يمكن الوقاية منها.

وعلى الرغم من الركود الاقتصادي العالمي في هذا العقد، وتعرض العديد من الدول للآثار المدمرة للركود، وللتوجيهات القاضية بضرورة القيام بعملية تصحيح هيكلي لاقتصادياتها، فقد نفذت عشرات البلدان النامية برامج شاملة للوصول إلى معدلات تحصين عالية للأطفال وصلت إلى 80% أو ما يزيد على ذلك. وحقق هذا الجهد نجاحاً باهراً بالرغم من الخفض الشديد للنفقات المخصصة للخدمات الاجتماعية الذي استلزمته ظروف الركود الاقتصادي والأزمات المترتبة على برامج التصحيح، حتى إن عقد الثمانينات شهد تحسناً في أوضاع التغذية وتوفير المياه الصالحة للشرب في كافة أقاليم العالم عموماً.

ومع حلول نهاية عقد الثمانينات أعلن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي أن الإنسان هو وسيلة التنمية وغايتها، وأخذت الآفاق الإنسانية بدلاً من الاقتصادية، تحتل المكانة الأولى في سلم الأولويات.

وأسهمت النشاطات النسائية بدور خاص في الحفاظ على زخم التنمية التي اتخذت الإنسان محوراً لها. وبدأت المنظمات الدولية والبنك الدولي بالإدراك أن للمرأة أهمية تتجاوز تماماً دورها المقرر لها بيولوجياً واجتماعياً، وأنها يمكن أن تلعب أيضاً دور المنتج اقتصادياً والمنظم والقائد.

لقد كانت فترة الثمانينات فترة وصول حركة التنمية العالمية لأقل مستوياتها وذلك بسبب المديونية والتصحيح الاقتصادي الهيكلي، والاعتداء على البيئة وهجمة الإيدز وأزمة أفريقيا التي تزداد تفاقماً.

عقد التسعينات

وفيما يشبه العودة إلى سنوات السبعينات، تمثلت استجابة نظام الأمم المتحدة لحركة التنمية الواهنة في عقد التسعينات باللجوء إلى تنظيم سلسلة من المؤتمرات الدولية مثل

مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل (نيويورك 1990) ومؤتمر حقوق الإنسان (فينا 1993) والسكان والتنمية (القاهرة 1994) ومؤتمر المرأة (بكين 1995) والقمة الاجتماعية (كوبنهاغن 1995). وقامت جميع هذه المؤتمرات في إعلاء شأن الأجندة الاجتماعية وحقوق المرأة وحقوق الطفل.

وإذا ما نظرنا إلى مؤشرات نمو الصحة والتعليم في إقليم الشرق الأوسط وشمال أفريقيا سنجد أن هذه المنطقة قد حققت ما يلي في هذا العقد:

- استطاعت هذه المنطقة تخفيض وفيات الأطفال بسرعة تفوق أية منطقة أخرى في العالم النامي. ففي عام 1990 كان ربع الأطفال يموتون قبل سن الخامسة، لكن هذا الرقم انخفض في عام 1993 إلى 7%. ومع ذلك فإن احتمالات البقاء لأطفال هذه المنطقة أقل من المناطق الأخرى ذات الدخل المماثل.
- أسفرت حملات التحصين التي نفذت في المنطقة عن مضاعفة حملات التحصين ضد أمراض الطفولة الفتاكة الستة، حيث ارتفعت معدلات التغطية بالتحصين من 42% في مطلع الثمانينات إلى 84% في مطلع التسعينات. وتتحدث التقارير الواردة من إيران والأردن والكويت وعمان وتونس عن ارتفاع معدلات التحصين إلى أكثر من 95%.
- زادت معدلات الالتحاق بالمدارس الابتدائية على الضعف في الفترة من 1970 إلى 1990، وارتفعت معدلات التحاق الفتيات من 28% في عام 1960 إلى 70% عام 1990.
- تضاعفت معدلات التحاق الفتيات بالمدارس في الفترة ما بين عام 1970 وعام 1990، ومع ذلك بقي ثُلثا عدد الأميين في المنطقة البالغ 65 مليوناً من النساء.
- يختلف وضع الأطفال من بلد إلى آخر تبعاً للبلد الأصلي ومكان الإقامة والجنس. فمعدلات وفيات الأطفال في السودان واليمن أعلى بكثير منها في الكويت والإمارات العربية المتحدة. وفي مصر وتونس يواجه الأطفال في المناطق الريفية احتمال الإصابة بسوء التغذية ضعفي ما يواجهه أطفال المدن والأحياء المجاورة.

والآن مع دخولنا في عام 2006 نجد أن الأساليب المتطورة لجمع المعلومات وتحليلها، وتخطيط البرامج، والتقييم تشترك في رسالة واحدة واضحة وهي أنه لا وجود لوصفة تنموية معينة.

إن مشاكل الفقر والأمية والتلوث البيئي وانعدام الأمن الغذائي وحقوق كل من المرأة والطفل هي مشكلات بحاجة إلى حلول مستمدة من الواقع المحلي أو الوطني. فقد ولت إلى غير رجعة الأيام التي كانت الدول الصناعية تقدم فيها وصفاتها التي تعتقد أنها صالحة للتطبيق في كل زمان وفي كل مكان. وعلينا أن نستمر في العمل لعلنا نحقق وعد الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين وهو بلا شك مهمة تتطلب جهوداً جبارة.

الجدول (1) مؤشرات التنمية البشرية

المؤشر indicator	النسبة/المعدل
• العمر المتوقع عند الولادة • السكان الذين يحصلون على خدمات صحية • السكان الذين يحصلون على مياه مأمونة • السكان الذين يحصلون على صرف صحي • الأمية بين البالغين • معدل وفيات الأطفال الرضع • الوفيات دون سن الخامسة • معدل وفيات الأمهات حول الحمل والولادة (الوفيات النفاسية) • معدل الخصوبة • الكثافة السكانية • الأمية بين النساء البالغات • نسبة القيد الإجمالي في مراحل التعليم • نسبة القيد الإجمالي في مراحل التعليم للإناث • نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي • حالات الولادة تحت إشراف موظفين صحيين مدربين • الأطفال الذين يولدون ناقصي الوزن • البطالة • فقر الدم بين النساء الحوامل • التمنيع ضد أمراض الطفولة - شلل الأطفال - الطعم (اللقاح) الثلاثي (الديفتريا أو الخناق والكزاز أو التيتانوس والشاهوق أو السعال الديكي) - الحصبة	

المؤشر indicator	النسبة/المعدل
• الأطفال الممنعون ضد السل	
• عدد السكان مقابل كل ممرض	
• عدد السكان مقابل كل طبيب	
• الإنفاق العام على الصحة	
• المعوقون عقلياً وجسدياً	
• الإنفاق العام على التعليم	
• نسبة دخل أعلى 20% من الأسر إلى دخل أدنى 20%	
• عدد السكان	
• معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة	
• نسبة الإعالة	
• السكان الذين تبلغ أعمارهم 65 سنة أو أكثر	
• المعدل السنوي لنمو السكان	
• نسبة المواليد	
• نسبة الوفيات	
• سكان الحضر	

التنمية المضمونة الاستمرار (المستدامة) Sustainable Development

كما ذكرنا سابقاً، اهتم كثير من الباحثين الاقتصاديين والاجتماعيين بمفهوم التنمية development منذ الخمسينات. وفي السبعينات بدأ استخدام مصطلح التنمية المستدامة وازداد استخدام هذا المصطلح في العقدين الآخرين في الدوائر الخاصة بالتنمية والبيئة.

وتعرف التنمية من المنطلق الاقتصادي بأنها العملية التي يتم بموجبها إحداث تغيير حقيقي في الدخل القومي national income بحيث ينعكس أثره على الدخل المتاح disposable income. أما مفهوم التنمية المستدامة، الذي هو موضع اهتمامنا هنا، فهو التنمية التي تسمح بتلبية احتياجات الجيل الحاضر من دون تعريض قدرة الأجيال القادمة على تلبية احتياجاتها للخطر. فكلمة المستدامة تعني الإنصاف فيما بين الأجيال والوصول إلى مستوى من التنمية يؤدي إلى انعدام الفقر والحرمان ويتيح فرصاً للناس لكي يمارسوا بحرية قدرتهم الأساسية.

إن مفهوم التنمية من الناحية الاقتصادية هو عملية تحسين نوعية الحياة quality of life وزيادة الإنتاجية الاقتصادية ورفع مستوى المعيشة والحصول على المشاركة السياسية وتوسيع قاعدة الحصول على الخدمات والسلع الأساسية.

إن تقارير التنمية البشرية human development التي تنشر من قبل الأمم المتحدة تشير إلى التنمية بأنها «عملية توسيع الخيارات المتاحة أمام الناس وعلى أن يحيا الناس حياة طويلة خالية من العلل، وأن يكتسبوا المعرفة، وأن يحصلوا على الموارد اللازمة لتحقيق مستوى حياة كريمة».

ويركز مفهوم التنمية البشرية على أن الخيارات المتاحة أمام الناس بلا حدود وتتغير بمرور الوقت وأن الخيارات الأساسية تتركز في ثلاث نقاط مهمة:

- حياة طويلة خالية من العلل
- اكتساب المعرفة
- الحصول على الموارد اللازمة لتحقيق مستوى حياة كريمة

وتؤكد تقارير الأمم المتحدة في هذا المجال بأنه إذا لم تكن هذه الخيارات الأساسية مكفولة للناس، فإن كثيراً من الفرص الأخرى ستظل بعيدة المنال.

ما هو الهدف من التنمية المضمونة الاستمرار (المستدامة)؟

تهدف التنمية المستدامة إلى تلبية احتياجات الإنسان وتحسين مستوى معيشة أفراد المجتمع من خلال التغيير الاقتصادي والاجتماعي وإدارة الموارد الطبيعية والحفاظ على البيئة من أجل تحسين الأحوال المعيشية ونوعية الحياة للمجتمعات الإنسانية وتحقيق الرفاه الإنساني.

إن المفهوم الشامل للتنمية المستدامة هو دليل ممرّض صحة المجتمع في العمل والمساهمة مع الآخرين لتحسين مستوى الصحة والحفاظ على كرامة المستفيدين وتشجيع ودعم الاعتماد على الذات self reliance والاستقلال.

عوامل التنمية ودورها في صحة المجتمع

من أهم مرتكزات التنمية المستدامة التعاون والتنسيق بين مختلف القطاعات والعمل المشترك المتعدد القطاعات multisectoral collaboration لتحسين الصحة والوقاية من الأمراض وإطالة الحياة ذات النوعية الجيدة.

وتقوم كثير من البلدان بتعزيز وتشجيع العمل المنسق بين مختلف القطاعات للوصول إلى هدف التنمية المستدامة، وخاصة بالنسبة للمجموعات المتعرضة للخطر At High Risk Groups والمحرومة من الخدمات. على سبيل المثال «فإنه يتم ربط البرامج الصحية

بتحسين محو أمية الإناث في العديد من بلدان الإقليم الإفريقي، وببذل جهود تعليمية مدرسية في بلدان إقليم شرق المتوسط، وبالإسكان، والمياه والإصحاح، والتغذية الصحية في كثير من البلدان النامية. ويستهدف تعزيز الصحة المتعلقة بأساليب الحياة والمخاطر البيئية في كثير من البلدان المتقدمة المجموعات السكانية الأكثر تعرضاً للخطر. وفضلاً عن تركيز الجهود بشكل تقليدي على التعليم، والتغذية، والمياه والإصحاح، فإن هناك تعاوناً متزايداً في مجالات أخرى مثل سلامة الطرق والإسكان وسلامة الغذاء، والزراعة، والاستخدام الأسلم لمبيدات الهوام وغيرها من الكيماويات، إلى جانب الصحة العمالية، ومكافحة التدخين».

وتختلف الآليات الموضوعة للعمل المشترك بين بلد وآخر. ففي بعض الدول هناك اللجان المتخصصة المشتركة أو المجالس الصحية أو مجلس التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وفي دول أخرى هناك وزارة للتخطيط مسئولياتها التنسيق المشترك بين الوزارات.

دور المنظمات الحكومية وغير الحكومية في عملية التنمية المستدامة

هناك كثير من المنظمات الدولية الحكومية، كمنظمة الصحة العالمية واليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي وغيرها، تساهم بشكل فعال ومستمر في تعزيز عملية التنمية المستدامة في البلدان من خلال تقديم الدعم والعون الفني والمادي للحكومات لتنفيذ البرامج التي من شأنها تحقيق التنمية المستدامة، كما أنها تسعى لتسهيل تبادل المعلومات والخبرات بين البلدان. وهناك أيضاً المنظمات غير الحكومية التي تساهم في دعم مختلف برامج التنمية الرامية إلى محو الأمية وتحسين الصحة والحفاظ على البيئة والحد من النمو السكاني وإيجاد فرص العمل للشباب العاطلين عن العمل.

هناك أيضاً منظمات غير حكومية على مستوى كل بلد، وهذه المنظمات والجمعيات لها دور في دعم عملية التنمية في المجالات المختلفة.

العوامل الديموغرافية وتأثيرها على صحة المجتمع

يسبب النمو السكاني السريع في الكثير من البلدان ضغوطاً شديدة على الكثير من الخدمات مما ينعكس سلبياً على صحة المجتمع. فالنمو السكاني السريع يسبب ضغوطاً على الخدمات الصحية من مستشفيات ومراكز صحية ومدارس وإسكان ومواصلات وشبكات المجاري وصرف الفضلات.

اقتصاديات الصحة Health Economics

يعني مصطلح اقتصاديات الصحة المفاهيم المتعلقة بالتكاليف الصحية وعوائد الاستثمار الصحي وأفضل البدائل والسبل لتمويل البرامج الصحية.

ومن المعروف أن الدعم الاقتصادي ضرورة لا بد منها من أجل تنفيذ استراتيجية توفير

الصحة للجميع. ومن أهم المواضيع التي تقلق واضعي السياسات الصحية في يومنا هذا تكلفة الخدمات الصحية، وهي في تزايد مستمر يوماً بعد يوم. ومن هذه المواضيع حسب ما أورده تقرير البنك الدولي لعام 1993:

1 ـ سوء التوزيع Misallocation

تصرف نسبة كبيرة من الأموال العامة على الخدمات الصحية ذات الفعالية المنخفضة. فمثلاً تصرف مبالغ طائلة على جراحة أمراض السرطان في حين أن البرامج المتعلقة بالدرن الرئوي والأمراض المعدية الأخرى تحصل على تمويل قليل.

2 ـ الجور Inequity

وهو عدم حصول الفقراء على الخدمات الصحية الأساسية، في حين تقوم الحكومات بصرف مبالغ طائلة على الرعاية الصحية الثانوية والثالثية بشكل رعاية مجانية أو بأقل من التكلفة.

3 ـ عدم الكفاءة Inefficency

سوء استخدام العمالة وعدم الإشراف على الرعاية الصحية بشكل فعال مما يؤدي إلى هدر الكثير من الأموال.

4 ـ تضخم التكاليف Expanding Costs

حينما تكون المصاريف الصحية أكثر من الدخل وجودة الرعاية.

التكاليف الصحية Health Costs

يعرّف الاقتصاديون التكلفة بأنها «قيمة الموارد المستخدمة في إنتاج شيء ما، بما في ذلك تقديم خدمة صحية معينة أو مجموعة من الخدمات». وتنطوي التكاليف الصحية على المواد الأولية المستخدمة كالأدوية والموارد، واليد العاملة (الأجور والرواتب) والتدريب والمباني والتجهيزات والصيانة والإدامة.

العوائد الصحية Health Revenues

هي الرسوم التي تفرض مقابل تقديم الخدمات الصحية وكذلك مساهمات الحكومة والقطاع الخاص وبعض المتبرعين من المؤسسات والأفراد لدعم عملية التنمية الصحية.

عوائد الاستثمار الصحي

تعني أن الإنفاق على القطاع الصحي والاستثمار فيه بشكل صحيح يؤدي إلى زيادة في الإنتاجية ويؤثر في الاقتصاد، حيث إن العاملين الأصحاء الذين يعملون بكفاءة في مختلف

القطاعات يساهمون بشكل إيجابي في زيادة الإنتاجية. فالاستثمار الصحي يؤدي إلى تقليل عدد أيام الغياب عن العمل وتحسين نوعية الحياة والتقليل من المراضة.

من أجل تحقيق التنمية المستدامة، هناك توجه في القطاع الصحي يقضي بإعادة تخصيص الميزانيات الصحية لتلبية أهداف الرعاية الصحية الأولية بالدرجة الأولى، حيث إنها تخدم قطاعاً أكبر من الناس وخاصة الفقراء ومردودها الاقتصادي أكبر وتؤثر بشكل إيجابي في تحسين صحة المجتمع. ولممرض صحة المجتمع دور هام في العمل والمساهمة مع العاملين الآخرين في القطاعات الأخرى للوصول إلى التنمية المستدامة التي تهتم بالحفاظ على البيئة وتخفيض نسبة الأمية والفقر والجوع والبطالة وتشجيع المشاركة المجتمعية والعدالة وعدم التفرقة في الخدمات والحصول على الضروريات الأساسية كالمأكل والمسكن والرعاية الصحية الأولية.

أسئلة ونشاطات

1 ـ لقد بدأت عملك كممرض صحة مجتمع في إحدى القرى وتم تعيينك في فريق متعدد المهن للعمل في مشروع يهدف إلى تنمية المجتمع المحلي في القرية.

أ ـ حدد الدعائم الرئيسية للتنمية المستدامة.

ب ـ حدد عوامل التنمية التي يجب ملاحظتها، ثم حاول أن تناقش مع زملائك أهمية هذه العوامل وتستنتج علاقة كل من هذه العوامل بالصحة.

ج ـ املأ الفراغات في الجدول (1) وذلك بتسجيل مؤشرات التنمية البشرية في بلدك، يمكنك الرجوع إلى الإحصائيات الصحية والإحصائيات المتعلقة بالتعداد وتقرير التنمية البشرية لبلدك، إن وجد، وتقارير الأمم المتحدة حول التنمية البشرية.

د ـ بوِّب المؤشرات حسب عوامل التنمية التي قمت بتحديدها أنت وزملاؤك.

2 ـ أ ـ قارن بين سكان الريف والحضر في الحصول على الخدمات التالية في بلدك.

الخدمات الصحية	نسبة الحصول على المياه المأمونة	الصرف الصحي
الريف		
الحضر		

ب ـ سجِّل التفاوت بين الريف والحضر في الحصول على الخدمات التالية:

ـ الخدمات الصحية

ـ المياه المأمونة

ـ الصرف الصحي

ج ـ فكر في وضع برنامج يهدف إلى تضييق الفجوة بين الريف والحضر إن وجدت وحدد أهداف البرنامج.

3 ـ أ اذكر أهداف ومجالات عمل كل من المنظمات التالية وحدد إذا كانت هذه المنظمات حكومية أو غير حكومية أو ذات صفة أخرى.

المنظمة

أهدافها ومجال عملها

صفتها

- منظمة الصحة العالمية
- اليونيسيف
- اليونسكو
- اليونيب
- اليونيدو
- الاسكوا
- الفاو
- البنك الدولي
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي
- صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية
- منظمة العمل الدولية
- الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة
- المجلس الدولي للتمريض
- الصندوق العربي للإنماء الاقتصادي والاجتماعي

ب ـ اذكر المنظمات الأخرى ذات العلاقة بالتنمية والتي لم يرد ذكرها أعلاه وحدد مجال عملها وصفتها.

4 ـ ناقش مع زملائك واستنتج آثار النمو السكاني السريع على الخدمات الصحية والصحة.

مراجع للاستزادة

(1) وضع الأطفال في العالم: الأطفال أولاً: اليونيسيف: عمان (1996).

(2) برنامج الامم المتحدة الإنمائي (1996) تقرير التنمية البشرية لعام 1996، نيويورك.

(3) World Bank (1993) World Development Report, Investing In Health Executive Summary, The World Bank, Washington, D.C.

(4) منظمة الصحة العالمية (1995) دور البحوث في استراتيجية توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000. البحوث من أجل الصحة ـ نظرة عالمية عامة، ص 4، الإسكندرية ـ مصر.

(5) منظمة الصحة العالمية (1985) سلسلة التقارير الفنية رقم 718، مكافحة تلوث البيئة علاقتها بالتنمية، تقرير لجنة خبراء بمنظمة الصحة العالمية، جنيف.

(6) منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة لرعاية الطفولة (اليونيسيف) ومؤسسة آغاخان (1995) تحليل التكاليف في برامج الرعاية الصحية والأولية ـ دليل لتدريب مديري البرامج، الإسكندرية ـ مصر.

(7) منظمة الصحة العالمية (1989) الدعم الاقتصادي للاستراتيجيات الوطنية لتوفير الصحة للجميع. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، الإسكندرية.

(8) Anderson, E.T. and McFarlane J.M. (1996) Community As Partner: Theory and Practice in Nursing, 2nd Ed. Lippincott, Philadelphia.

الفصل الثاني

آداب وأخلاقيات ممرِّض صحة المجتمع

إن هدف ممرضي المجتمع هو تحسين الأوضاع الصحية لدى أفراد وعائلات المجتمع. ولكن، أثناء محاولاتهم تقديم الرعاية لفئة معينة قد يلحق أذى غير مقصود بفئة أخرى، أو قد ينتج عن هذه الرعاية أذى للشخص ذاته. في أحوال كهذه، يجب أن يكون هناك قيم وقواعد تحتاج في كثير من الأحيان إلى اتخاذ قرار. وإذا كان القرار غير صائب، قد تتحول القضية إلى قضية قضائية ويعاقب الممرض عليها قانونياً. ولأن اتخاذ القرارات الأدبية من الصعوبة بمكان، فلا بد من وجود مصدر يساعد ممرضي المجتمع على اتخاذ هذا القرار.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل، سيكون القارىء قادراً على أن:

1 ـ يميز مسئولياته تجاه المستفيد المريض وغير المريض؛

2 ـ يناقش مسئولياته الأدبية تجاه مهنة التمريض؛

3 ـ يحلل المشكلات الأدبية التي تواجهه ويتخذ قراراً بشأنها.

4 ـ يستخدم أمثلة من الواقع عن مشاكل أدبية تحدث في المجتمع الذي يعيش فيه ويضع قرارات أدبية في مجتمعه.

الآداب والأخلاق

هي عبارة عن قيم أو قواعد يتميز بها سلوك معين لشخص أو جماعة، وتحدد فيما إذا كان هذا السلوك صحيحاً أم خاطئاً. وحيث إنه يوجد حكم بالصحة أو الخطأ، فيجب على ممرضي صحة المجتمع أن يكونوا على وعي ودراية بجميع الآداب الطبية والآداب التمريضية، لإرشادهم إلى السلوك الصحيح خلال عملهم في المجتمع.

وقد ركزت المراجع المختلفة على عدة نظريات وحددت ثلاثة عناصر أساسية للآداب التمريضية:

1 ـ الانتفاع benefit؛

2 ـ الاستقلالية autonomy.
3 ـ العدل justice.

يعتبر انتفاع المستفيد أساس عمل الممرض، والممرض يجب أن يعمم النفع على المستفيد والمستفيدين بمنع الأذى وإزالته إن كان موجوداً وتشجيع الفائدة العامة. وتعني الاستقلالية أن المستفيد له الحق ليقرر عن نفسه ويجب تشجيع هذه الاتجاه لديه. وأما العدل فهو يجب أن يعمّ المجتمع كله من خلال توزيع الخدمات الصحية، وتوزيع الخدمات على الأشخاص الأقل حظاً أو المظلومين. ولتطبيق هذه الأساسيات في القرارات اليومية قد تظهر قضايا كثيرة يكون بعضها كبيراً لدرجة أنها قد تصبح معضلة أدبية. ونظراً لكثرة القضايا الأدبية في مهنة التمريض، ازدادت الحاجة إلى وضع دليل لآداب وأخلاقيات مهنة التمريض. وقد انطلقت الفكرة الأولى لإصدار دليل لإرشاد الممرضين في الولايات المتحدة عام 1897، وصدرت منذ ذلك التاريخ عدة أدلة نتيجة جهد شاق من أصحاب هذه المهنة.

وقد وضع المجلس الدولي للممرضين International Council of Nurses (ICN) دستوراً للقرارات الأدبية التي على جميع ممرضي العالم الالتزام بها بغض النظر عن الدولة التي يقطن فيها هذا الممرض الذي يؤدي الرعاية التمريضية للمستفيد أو المستفيد المريض.

ووضعت جمعية الممرضين الأميركيين American Nurses Association (ANA) أيضاً دستورها الخاص بها لممرضيها العاملين في الولايات المتحدة الاميركية من أجل الالتزام ببنوده وإرشادهم إلى القرارات الصائبة لحل المعضلات الأدبية.

دليل آداب مهنة التمريض

وضعت معظم الدول دستورها الخاص بها مثل بريطانيا وكندا. وفي المملكة الأردنية الهاشمية قامت نقابة الممرضين والممرضات والقابلات القانونيات بتعميم دليل آداب مهنة التمريض الأردني الذي وضعته النقابة وممثلون عن التمريض من جميع قطاعات المملكة والذي تم اعتماده وتوزيعه على جميع الممرضين للاستعانة به عند حل معضلاتهم الأدبية ولإرشادهم خلال عملهم لتكون قراراتهم قرارات أدبية صائبة.

وقد عرّف هذا الدليل آداب مهنة التمريض بأنه مجموعة من القواعد السلوكية الإيجابية التي تلزم الممارسين لمهنة التمريض القيام بمهام المهنة وتحفظ حقوق العاملين والمستفيدين، ولا تتعارض مع القيم والمبادىء والمعتقدات والأعراف السائدة في المجتمع الأردني، وتحدّد العلاقة المهنية بين أعضاء الفريق الصحي.

إن القواعد السلوكية يجب أن تتضمن محاور معينة محددة، فمعظم الأدلة التي وضعت تناولت محاور معينة مثل المستفيد المريض، المستفيد الصحيح، الممرض، الفريق الصحي، مهنة التمريض، ومحور المجتمع له محوره الخاص في معظم الأدلة العالمية. وهذه الأدلة وضعت بنوداً أساسية لتساعد ممرض المجتمع في اتخاذ قراراته عند مواجهته قضايا

أخلاقية معينة خلال عمله. ومن هذه البنود التي تتعلق بالممرض والمجتمع والتي وضعت في دليل آداب مهنة التمريض الأردني:

1. الإسهام في تلبية حاجات المجتمع الصحية المختلفة وذلك عن طريق الوقاية من المرض وتحسين الصحة وإدامتها وتقديم الرعاية الصحية للمستفيدين المرضى؛
2. مراعاة الأعراف والعادات والتقاليد المتبعة في المجتمع المحلي أثناء تلبية احتياجاته؛
3. حماية المجتمع من ممارسي المهنة الذين لا يتمتعون بالكفاية العلمية والعملية اللازمتين؛
4. نشر الوعي الصحي وتقديم المشورة لفئات المجتمع المختلفة وتصحيح الممارسات الصحية الخاطئة؛
5. عدم استغلال المعرفة المهنية في أعمال يمنعها القانون.

وتتكامل هذه البنود في محور المجتمع مع بنود أخرى في محاور أخرى مثل محور الممرض والمستفيد والتي من الممكن تطبيقها في المجتمع وتشمل الضوابط التالية:

1. تقديم الرعاية التمريضية الكافية كماً ونوعاً وتحمل المسئولية الكاملة عند القيام بأي عمل تمريضي؛
2. مراعاة الأولويات عند تقديم الرعاية التمريضية على أساس مهني للمستفيد الواحد أو لمجموعة من المستفيدين؛
3. التعامل مع المستفيد بوصفه إنساناً متفرداً بغض النظر عن جنسه أو عمره أو دينه أو عرقه أو عشيرته أو مستواه التعليمي أو الاجتماعي أو الاقتصادي أو معتقده السياسي أو تشخيصه المرضي، أو أية سمات شخصية له؛
4. إطلاع المستفيد المريض أو من يسميه من مقرّبيه على التشخيص التمريضي لحالته بهدف إشراكه في اتخاذ القرار بالعناية التمريضية المقدمة له؛
5. إطلاع ولي الأمر أو القريب المباشر للمستفيد المريض على التشخيص التمريضي لحالته وإشراكه في اتخاذ القرار بالعناية التمريضية المقررة في حالة كون المستفيد غير قادر على اتخاذ القرار (قاصر، أو في غيبوبة أو متخلف عقلياً أو مريض نفسياً... الخ)؛
6. حفظ كرامة المستفيد وأسراره وخصوصياته وحقوقه؛
7. مساعدة المستفيد المحتضر وأسرته على التأقلم مع مرحلة الاحتضار والاستمرار في تقديم الرعاية التمريضية له كغيره من المرضى مع مراعاة احتياجاته الإضافية؛
8. مراعاة حرمة الميت كحرمة الحي بما يتناسب مع معتقده الديني وتقاليد المجتمع؛
9. الالتزام بمبادىء السلامة العامة عند تقديم الرعاية التمريضية؛
10. الدفاع عن حقوق واهتمامات ومصالح المستفيد؛

11. التعاون مع الزملاء وأعضاء الفريق الصحي وتقدير دورهم فيما يخص المستفيد ومصلحته.

ولممرض المجتمع أن يلتزم أدبياً بمهنته أيضاً وقد تم وضع بنود لهذا الالتزام، تشمل:

1. الإسهام في تطوير الأداء المهني وذلك عن طريق تطبيق علوم التمريض الحديثة؛
2. تطوير الذات وذلك بالمشاركة في الندوات والمؤتمرات العلمية والتعليم المستمر؛
3. الظهور بمظهر مهني لائق؛
4. عدم القيام بأعمال تسيء إلى المهنة؛
5. المشاركة في أبحاث علمية متطورة من أجل زيادة البنية المعرفية لعلوم التمريض؛
6. المشاركة في العمل النقابي والعمل على التحسين المستمر في مستوى المهنة الاجتماعي والاقتصادي؛
7. التعاون مع الزملاء وجميع أعضاء الفريق الصحي لما فيه مصلحة المهنة؛
8. مراعاة معايير السلوك الشخصي التي تنسجم مع قيم المجتمع عند تقديم الرعاية التمريضية؛
9. التقيد بالمعايير المهنية عند تطبيق العملية التمريضية؛
10. الالتزام بالقوانين والأنظمة ومقاييس العمل المعتمدة بما لا يتعارض مع بنود دليل آداب المهنة؛
11. التعامل بروح الثقة والدعم المتبادل ومراعاة الحقوق الجماعية للفريق.

خطوات حلّ المعضلة الأدبية

إن التزام ممرض المجتمع بهذه البنود، يقلل وقوعه في الأخطاء الأدبية. لكن قد يواجه ممرض المجتمع أحياناً مشكلات أدبية تحتاج إلى جهد وخبرة واستشارة لحلها، لذلك تم اختيار هذه الخطوات لترشد الممرضين إلى حل أي معضلة أدبية قد تواجههم:

1. إجراء تقييم عام للمشكلة الأدبية ودراسة جميع الإجراءات الممكن اتخاذها؛
2. استبعاد الاختيارات التي تتنافى مع القيم والأخلاق والآداب السائدة في المجتمع؛
3. صياغة القرار الأدبي اعتماداً على الاختيارات المتبقية؛
4. يتم اختيار الإجراء الأنسب منها، وتحديد من وكيف وماذا وتحت أي ظروف سيتم تطبيق هذا القرار؛
5. تحديد عواقب القرار الذي تم اختياره؛
6. مقارنة العواقب مع المعتقدات والقيم العامة؛
7. اختيار ما يتماشى مع المعتقدات السائدة في المجتمع.

حقوق المستفيد

أما حقوق المستفيد المريض، فقد تم وضعها في عدة دول من دول العالم، وقد تم وضعها من قبل ممرضي المملكة الأردنية الهاشمية كالتالي:

1. للمستفيد المريض الحق في تلقي الرعاية باهتمام واحترام وكرامة؛
2. للمستفيد المريض الحق في معرفة تشخيصه التمريضي والإجراءات التمريضية التي ستجرى له؛
3. للمستفيد المريض الحق في رفض أي إجراء تمريضي كما له الحق في اختيار الممرض الذي يرتاح له لإجراء العمليات التمريضية له؛
4. للمستفيد المريض الحق في الحفاظ على أسراره الصحية وغيرها وحفظ المعلومات في ملفات خاصة فلا يطلع عليها سوى أعضاء الفريق الصحي؛
5. للمستفيد المريض الحق في معرفة وطلب الخدمات المتوفرة في المؤسسة؛
6. للمستفيد المريض الحق في رفض أو قبول تعرضه للمشاركة في أبحاث تجري بالمستشفى؛
7. للمستفيد المريض الحق في استمرارية العناية التمريضية داخل وخارج المستشفى؛
8. للمستفيد المريض الحق في معرفة الأنظمة والتعليمات العامة في المستشفى.

هذه الحقوق يجب مراعاتها عند التعامل مع المستفيدين. وهي إذا ما أخذت بالاعتبار أثناء العمل، جرى العمل دون مشاكل أدبية أو أخلاقية.

بعض القضايا الأخلاقية في المجتمع

يتطلب العمل في مهنة التمريض عدم تعارضها مع القيم والأعراف السائدة في المجتمع. والممرض الناجح هو ذاك الذي يأخذ بعين الاعتبار قيم المستفيد الذي يقدم له العناية التمريضية ومعتقداته.

تظهر القضايا الأدبية عادة عندما تتعارض الآراء والقيم عند اتخاذ قرار ما. وقد تتعارض هذه الآراء على مستوى أفراد أو جماعات، فمثلاً عندما يؤخذ قرار بوضع جميع الممرضين في المستشفيات لعلاج المرضى المستفيدين، ولا يكون هناك توزيع للممرضين في أماكن الرعاية الصحية الأولية وأماكن منع المرض واكتشاف المرضى، فهذا قرار مفيد للمرضى المستفيدين في المستشفيات ولكنه ضار بالمستفيدين الآخرين غير المرضى، أو المرضى المتواجدين في بيوتهم في المجتمع. فقد تم حرمان تلك الفئة في المجتمع من الخدمات التمريضية التي يحتاجونها وهنا أصبح العدل غير متوفر، العدل الذي تم اعتماده واحداً من الأسس للقرارات الأدبية كما ورد في بداية الفصل. وهناك قضايا خاصة لبعض

المستفيدين قد تعرض ممرض المجتمع أحياناً للتساؤل حول القرار الأصوب. وفيما يلي بعض الأمثلة التي قد تحدث في أي مجتمع.

1. من يجب أن يستفيد من التطور الطبي التكنولوجي؟ حين يكون هناك مثلاً جهاز واحد لغسيل الكلى وعدد المرضى المستفيدين كبيراً، هل يتم تحديد الأولويات بناء على من يحتاج العلاج أكثر؟ أم بناء على من سيستفيد منه المجتمع أكثر عند اكتساب صحته؟ أم من يستطيع دفع التكاليف؟ أم من هو أكبر مقاماً في المجتمع؟ هذه أولويات قرارات تحتاج إلى حلول أدبية.

2. هناك قضايا أيضاً تتعلق بالموت والحياة، فعندما يرفض أحد المرضى المستفيدين العلاج أو الرعاية التمريضية التي ستساعده على المسير في حياته، ماذا سيكون رد فعل أو قرار ممرض المجتمع؟ هل يتركه على قراره بناء على أن للمريض المستفيد الحق في اتخاذ القرار؟ أم أن هناك قراراً آخر يجب أن يأخذه الممرض؟

3. من القضايا التي تواجه ممرض المجتمع أحياناً أن عائلات في بعض المجتمعات العربية اتخذت قرارات خاطئة، فمثلاً قد تقرّر عائلة بعد ولادة الابنة الخامسة لهم في المنزل التخلص منها بقتلها وإعلام أبيها بأنها ولدت ميتة. ومن ثم تطلب من ممرضة المجتمع أو القابلة التي حضرت الولادة بأن تجاريها في قرارها. ماذا ستفعل القابلة؟ كذلك قد يتم تهديد القابلة بالقتل أيضاً إن لم تتجاوب مع هذا القرار؟ هذا موقف آخر يحتاج إلى قرار سريع. وهذا مثال واقعي حصل حديثاً في إحدى قرى دولة من الدول العربية.

4. تتعارض الآراء أحياناً مع أعضاء الفريق الطبي. فالطبيب الذي يعالج المستفيد المريض يقرر وجوب إجراء العملية الجراحية (إزالة الزائدة الدودية مثلاً)، ويقنع الطبيب المريض بهذا القرار. والمريض لا يعلم بأنه لا يحتاج إلى هذه العملية. والممرض يعلم بأن هذا القرار وضعه الطبيب من أجل الكسب المادي، ما هو موقف ممرض المجتمع هنا؟

5. كبار السن، ورعايتهم، وخاصة المرضى منهم. أين هو المكان الأفضل لمعيشتهم؟ هل هو البيت؟ أم دار المسنين؟ كبير السن لا يرغب بترك البيت ويتمنى عادة الموت في بيته الذي ترعرع فيه، وأهل المسن يرغبون بوضعه في دار المسنين لرعاية أفضل، ويطلب من ممرض المجتمع المساعدة في اتخاذ قرار. فما هو القرار؟ القرار الأدبي!!

6. المستفيد المريض المحتضر في بيته الذي يتألم ألماً شديداً من المرض، ويتمنى الموت ليل نهار، وأهل المريض أضحوا يتعاطفون معه ويتمنون له الموت أيضاً ليريحوه. ويتم الطلب من ممرض المجتمع الذي يزور هذا المريض في بيته ويقدم له الرعاية الطبية والتمريضية بأن يحقنه بإبرة سامة ويريحه من الآلام، شريطة أن لا يتألم مريضهم من هذا السم. ويرجونه رجاء حارّاً، المريض يرجو وأهل المريض جميعهم يرجون، وهكذا يشعر ممرض المجتمع بأنه سيكون مخطئاً إن لم يوفر لهم ما يطلبونه. هذا موقف آخر يتعرّض له ممرض المجتمع ويحتاج إلى قرار، قرار أدبي بالتأكيد.

7. مثال آخر يحتاج إلى قرار أدبي. مستفيد مريض يرقد في منزله بمرض عضال ويتألم من المرض، وحالة العائلة المادية فقيرة جداً ولا يستطيعون دفع ثمن الرعاية التمريضية وثمن أدوية العلاج. ويتم الطلب من ممرض المجتمع من قبل أفراد العائلة بأن يتم إعطاء المريض دواء كاذباً لإقناعه نفسياً بأنه يتم علاجه، وكذلك يتم الطلب من ممرض المجتمع التقليل من زياراته للمريض أو عدم زيارته أبداً لعدم قدرتهم على دفع تكاليف الخدمات التمريضية... ما هو القرار هنا؟ سؤال أدبي آخر!!

8. المرضى النفسيون في المنازل. مثال آخر، هل تتم متابعتهم أم يهملون لأنهم خطر على حياة ممرض المجتمع، وما هو القرار هنا؟

9. الإساءة والعنف ضد الأطفال والأزواج والمسنين مواقف كثيرة يتم التعرض لها أثناء أداء المهام التمريضية لممرضي المجتمع وتحتاج لتدخل في كثير من الأحيان وليس فقط المساعدة باتخاذ القرار.

وهناك أمثلة أخرى كثيرة من الممكن عرضها وكثير منها يحصل في الدول العربية، وليس الهدف في هذا الفصل هو عرض الأمثلة والتساؤلات وإنما الهدف هو معرفة كيفية التصرف عند مواجهة المواقف التي تحتاج لقرارات أدبية.

كل دولة عربية أو غير عربية عليها مساعدة ممرضي المجتمع في عملية اتخاذ القرارات الأدبية ليعم العدل والمساواة الجميع في الحصول على الخدمات التمريضية.

وعلى كل ممرض متابعة القراءات والدراسات الحديثة لتزداد ثقته وعلمه. فهناك العديد من الممرضين الباحثين في هذا المجال ومنشوراتهم متوفرة في المجلات العالمية المعتمدة.

أسئلة ونشاطات

1 ـ اجمع ما لا يقل عن خمسة أمثلة عن مشاكل أدبية تحصل في المجتمع الذي تعيش فيه، وقم بمناقشتها مع باقي الزملاء.

2 ـ أذكر مثالين على الأقل لأشخاص عوقبوا قانونياً وهم حالياً في السجن لارتكابهم جرائم، ابتدأت بعدم الالتزام بالآداب والأخلاق.

مراجع للاستزادة

(1) Clark Mary Jo., Nursing in the Community, Appellation and Lange, Connecticut, USA. (1992).

(2) Naacog OGN, Nursing Practice. October R. 26. (1987).

(3) Viens, Diane, C., A history of Nursing Code of ethics, Nursing Outlook, Jan. Feb. pp. 45-49 (1989).

(4) Ellis J.R. and Hartley C.L., Nursing in Today's World: Challenges, Issues and Trends, T.B. Lippincott. Toronto. (1995).

(5) UKCC Code of professional conduct for the nurse, midwife and health visitor, third edition. (1992).

(6) Canadian Nurses' Association Code of Ethics for Nursing. Ottawa. Canada. (1991).

(7) Jordanian Nurses' and Midwives Council, Jordanian Nurses' code of ethics, Amman-Jordan. (1996).

(8) Eliason M.J., Ethics and Transcultural Nursing Care, Nursing Outlook. Sept. Oct. pp. 225-228. (1993).

(9) Flower, Maraha D.M., Ethical Issues In Critical Care. On killing patients, Heart and Lung May, Vol. 17. No. 3. pp. 322-323. (1988).

(10) Fry, Sara T., Ethical Decision Making part 1: Selecting a frame-work, Nursing outlook. May-June Volume 37. Number 5 pp. 248. (1989).

(11) Billica, Kristin,. A Discussion of Ethical Issues, Focus On Critical Care. April. Volume 16, No. 2. pp 123-125. (1989).

(12) Ketefian, Shake, Critical Thinking, Educational Preparation, and Development of Moral Judgment Among Selected Groups of Practicing Nurses, Nursing Research, March-April Vol. 30. No. 2 pp. 98-103. (1981).

الفصل الثالث

الثقافة وتأثيرها على الصحة

إن ممرضي صحة المجتمع هم عنصر أساسي في تقديم الرعاية الصحية، ويتصف عملهم بتقديم الرعاية التمريضية للمرضى المعافين من مختلف الشعوب والثقافات.

وعلى الممرض أن يكون لديه معرفة أولية بمعتقدات المستفيد وممارساته الصحية من خلال إلمامه بثقافات الشعوب التي ينتمي إليها هؤلاء المستفيدين، وذلك تحسّباً لحدوث مشاكل في الاتصال والتفاهم بين المريض والمستفيد والممرض يمكن أن تؤدي إلى عدم اتباع المستفيد للإرشادات الصحية بشكل عام والاستخدام غير الكفء للخدمات الصحية بشكل خاص.

إن الثقافة التي ينتمي إليها الإنسان هي التي تحدد معتقداته الصحية ومفهومه للصحة والمرض والممارسات التي ينتهجها للمحافظة على صحته أو علاج مرضه إذا كان مريضاً. وهذه الممارسات والعادات تنتقل من جيل إلى آخر لدى أي شعب من الشعوب ومن الصعب تجاهلها أو إغفالها. في هذا الفصل سوف نتعرف إلى أثر الثقافة على الصحة.

الأهداف

بعد الانتهاء من هذا الفصل سيكون القارىء قادراً على تحقيق الأهداف التالية:

1. مناقشة دور الثقافة وتأثيرها على صحة الفرد والأسرة والمجتمع؛
2. شرح مفهوم الثقافة؛
3. تحديد خصائص الثقافة؛
4. تحديد تأثير الثقافة على السلوك؛
5. وصف ردود فعل الممرضين السلبية والإيجابية منها تجاه المستفيدين المنتمين إلى ثقافات غير ثقافاتهم؛
6. تحديد تأثير الثقافة على السلوكيات والمفاهيم الصحية؛
7. مقارنة السلوكيات والمعتقدات الصحية بين بعض المجتمعات من ثقافات مختلفة؛

8. تحديد أهمية التقييم الثقافي للمستفيد في تقديم الرعاية التمريضية؛
9. مناقشة مبادىء تمريض صحة المجتمع في إطار التعددية الثقافية.

مفهوم الثقافة: ماذا تعني الثقافة؟

اهتم كثير من الباحثين بمفهوم أو مصطلح الثقافة وتعددت التعريفات والمعاني، وسنختار هنا بعض هذه التعريفات لتوضيح مفهوم الثقافة.

الثقافة هي: «منظومة سائدة من المعتقدات والقيم والعادات والتقاليد والتفاهم المشترك ونمط السلوك لمجموعة محددة من الناس» [1].

والتعريف الثاني للثقافة: «مجموعة من المعتقدات والقيم والسلوكيات التي تسمح لمجموعة من الناس أن تتفاعل وتتأقلم مع بيئتها بشكل فعال ومؤثر» [2].

ومن التعريفات القديمة للثقافة ما قدمه تيلور في عام 1870، «ذلك الكل المركب الذي يشمل المعرفة والعقيدة والفن والأخلاق والقانون والعادات الاجتماعية وكل القدرات الأخرى التي يكتسبها الإنسان باعتباره عضواً في جماعة» [3].

أما التعريف الأخير للثقافة فهو: «الثقافة هي البيئة التي يخلفها الإنسان وتشتمل على المساحة التي يشغلها ويعيش فيها والأنماط السلوكية التي يختارها والتي تساهم في استخدام البيئة الطبيعية والتفاعل معها ونتاج الأنماط السلوكية غير الملموسة، كاللغة والطقوس، والملموسة التي تستخدم لتغيير البيئة أو التفاعل معها كالأدوات والأبنية والأسلحة».

نستخلص من هذه التعريفات بأن الثقافة تعني القيم والأفكار والسلوكيات والممارسات التي يشترك فيها أفراد مجموعة اجتماعية ما، وهي الإطار الذي يحدد ممارسات وأفكار الناس وينظم حياتهم ومعيشتهم فيما يخص المسكن والمأكل والمشرب والتداوي والمسلك والممارسات الصحية لعلاج الأمراض والوقاية منها والتزاوج والعمل إلخ...

إن الثقافة تعطي الإنسان الشعور بالأمان حول سلوكه وممارساته. فهو يعرف من خلال ثقافته كيف يجب أن يتصرف في المواقع والظروف المختلفة التي تصادفه. والثقافة هي أيضاً مجموعة القيم والمعتقدات التي تحدد سلوك الإنسان. مثلاً: تحدد الثقافة القيمة التي نوليها للعمل والإنجاز وهي تحدد دور المرأة والرجل والطفل في المجتمع.

إن الثقافة تسير حياتنا فهي تضع القواعد التي نعيش بها ونفسر من خلالها العالم من حولنا.

خصائص الثقافة

مع أن الثقافة تختلف من مجتمع إلى آخر إلا أن هناك بعض الخصائص المميزة التي تتقاسمها وتشترك فيها جميع المجتمعات. وسنقوم هنا بالتعرف إلى هذه الخصائص:

1- العمومية أو الشمولية

تضع الثقافة قواعد الأنماط السلوكية في كل المجتمعات، أي أن الثقافة تحدد الأسلوب والطريقة التي يعيش فيها الإنسان في مجتمعه. مثال على ذلك: إن الثقافة في كل المجتمعات تضع القواعد والأسس للتنشئة الاجتماعية والزواج ودور الأسرة والتعليم والعمل والتداوي والحفاظ على الصحة وطرق الاتصال والتواصل.

2 ـ الخصوصية والتميّز

مع إننا قد نجد تشابهاً بين الثقافات، لكن لا توجد ثقافتان متشابهتين تماماً. فثقافة كل مجتمع فريدة، ورغم أن عدة ثقافات قد تشترك أو تتشابه في بعض الملامح والمظاهر فلكل ثقافة خصوصيتها والمظاهر التي تميزها.

3 ـ الاستقرار

الخاصية الأخرى للثقافة أنها تبقى عبر الأزمنة، حيث تنتقل من جيل إلى آخر (عبر الأجيال) من خلال توارثها من الآباء إلى الأبناء والأحفاد.

4 ـ التغير

إن الثقافة ليست ساكنة وجامدة، بل قابلة للتغيير مع مرور الزمن. ونلاحظ بأن النواحي السطحية للثقافة تتغير نسبياً بشكل أسهل وأسرع، ولكن القيم والمعتقدات الثقافية الإنسانية تتغير ببطء وفي كثير من الأحيان تكون الأساس لمقاومة كثير من الأفكار والممارسات الجديدة.

5 ـ اللا إرادية

يتأثر الإنسان بثقافته من دون أن يدرك ذلك. فالثقافة كما ذكرنا، توجه جميع مناحي حياتنا ولكننا لا نشعر بذلك ونحس به بشكل ملموس.

تأثير الثقافة على السلوك

لكل مجتمع ثقافته التي تميزه عن غيره، وهذه الثقافة تؤثر في سلوك أفراده. فمثلاً: الثقافة تحدد كيف يتحدث الشخص مع الآخرين، والمسافة التي يجب أن يتركها بينه وبين الشخص الآخر عند الحديث، والعلاقة مع كبار السن، والقيمة التي يوليها الناس للزمن. في بعض الثقافات نجد أن احترام المواعيد والدقة في الحضور حسب الموعد مهم جداً، في حين لا تعير ثقافات أخرى الوقت أي اهتمام. الثقافة أيضاً تحدد الطريقة التي يأكل بها الإنسان والأطعمة التي يأكلها.

إذن للثقافة دور كبير في تشكيل سلوك الإنسان ووضع الضوابط التي تحكم تصرفاته وسلوكه.

موقف الممرّضين تجاه المستفيدين المنتمين إلى ثقافات غير ثقافتهم

عندما يلتقي الممرض بمستفيد تختلف ثقافته عن ثقافة الممرض، سيكون رد فعله إيجابياً أو سلبياً تجاه هذه الاختلافات الثقافية بينهما.

وتشتمل ردود الفعل السلبية على التمركز حول الذات ethnocentrism، والعمى الثقافي cultural blindness، والفرض الثقافي cultural imposition والتعصب والتمييز وغيرها من ردود الفعل السلبية التي سنقوم بشرحها بعد قليل.

أما ردود الفعل الإيجابية فتتمثل في تفهم ثقافة المستفيد، أي الإحساس بثقافته cultural sensitivity، والنسبية الثقافية cultural relativism والتقبل والتوفيق الثقافي cultural accommodation.

الموقف السلبي تجاه المستفيد المنتمي إلى ثقافة مختلفة عن ثقافة الممرض

لنستعرض الآن ردود الفعل السلبية تجاه ثقافة المستفيد من قبل الممرض.

من أهم ردود الفعل السلبية التي يلقاها المستفيد من مقدمي الخدمة التمريضية التمركز حول الذات. وهذا الموقف يعتبر من أهم المعيقات للتفاهم بين ثقافتين حينما يتصور الممرض بأن ثقافته هي الأحسن وعاداته وتقاليده وممارساته ومعتقداته هي الأفضل وأسلوبه وطريقة حياته هي أكثر رقياً، وينظر بفوقية لثقافة المستفيد.

مثال:

ممرض صحة المجتمع الذي يسخر من مستفيد يستخدم التعاويذ لدرء الحسد والعين من دون محاولة معرفة أساس هذه الممارسات، ورد الفعل السلبي هذا للممرض ناتج عن الشعور بالتمركز حول الذات.

أما ردة الفعل الأخرى التي قد تحدث من قبل الممرض تجاه المستفيد فهي العمى الثقافي، حينما يقوم الممرض بتجاهل الاختلافات بين ثقافته وثقافة المستفيد كأن يقوم الممرض بالإرشادات الصحية ويوجه المستفيد دون الاهتمام لخلفيته الثقافية.

مثال:

في كثير من البلدان العربية تقلل المرأة من شرب الماء في فترة النفاس، وإذا قام الممرض بإعطاء الأم إرشادات لزيادة شرب السوائل من غير أن يعير أي اهتمام لمعرفة الأسباب

التي أدت إلى قيام الأم بهذه الممارسة وتفهّمها، فهذا يعتبر موقفاً سلبياً يسمى بالعمى الثقافي.

العلاقة بين الثقافة والصحة

تختلف مفاهيم الصحة والمرض واستخدام الخدمات الصحية من مجتمع إلى آخر، وثقافة المجتمع هي التي تحدد وتبلور هذه المفاهيم. ومعرفة مفهوم الناس للصحة والمرض وأسباب المرض له فائدة في تفهم كيف ولماذا يستجيب الناس للمرض وممارساتهم للحفاظ على الصحة أو العلاج من المرض.

إن أحد العوامل التي تحدد نمط استخدام الخدمات الصحية هو استعداد أو قابلية الفرد لاستخدام هذه الخدمات. وهناك عوامل كثيرة تؤثر في هذا الاستعداد، منها الديموغرافية والتركيب الاجتماعي الذي ينتمي إليه الفرد ومعتقداته وقيمه المرتبطة بالصحة والمرض وموقفه تجاه الخدمات الصحية.

لقد استنتج ساكمان (1965) في دراسته حول السلوك المرضي illness behavior، أن تركيب المجموعة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد واتجاهه الصحي يحددان كيفية استخدامه للرعاية الطبية الحديثة.

وقد أظهرت نتائج دراسة ساكمان (1965)، أن الأفراد الذين ينتمون إلى مجموعات كوزموبوليتانية cosmopolitan متعددة الثقافات والاتجاهات الصحية والعلمية والمهنية يتقبلون ويتكيفون مع الرعاية الطبية الحديثة بشكل أفضل من الأفراد الذين ينتمون إلى مجموعات محدودة وضيقة الأفق ومتماسكة اجتماعياً ولها اتجاه صحي شعبي. ومن المعاني الضمنية لهذه الدراسة للممرضين في حقل تمريض صحة المجتمع ضرورة التعرف على التركيب الاجتماعي والاتجاهات الصحية للأسر والمجتمعات التي يقدمون لها الرعاية الصحية. وهذا التفهم ضروري إذا أراد الممرضون تقديم الرعاية التمريضية التي لا تتعارض مع معتقدات الناس وقيمهم.

وفي مثل بلداننا، حيث يأتي مقدمو الرعاية الصحية والمستفيدون منها من خلفيات ثقافية مختلفة، هناك خطر حدوث سوء التفاهم حينما يلتقي ويتفاعل أفراد الثقافات المختلفة.

الثقافة الصحية Health Cutlural

يعرّف وايسمان (1982) الثقافة الصحية أو ثقافة الصحة بأنها كل الظواهر المرتبطة بالحفاظ على الصحة وعلاج مشاكل اعتلال الصحة والتي يتأقلم معها الناس بطريقتهم الخاصة من خلال استشارتهم للشريحة الاجتماعية التي ينتمون إليها والمؤسسات الاجتماعية التي يستخدمونها.

يظهر مما تقدم بأن الثقافة الصحية هي من أهم العوامل التي تحدد كيف يميز الفرد مرضه

وكيف يتعامل مع اعتلال صحته. لقد استنتج كلينمان (1980) من خلال الدراسات التي أجراها على ثقافات مختلفة بأن الأفراد في المجتمعات يضعون عادة (يصيغون) نماذج تفسيرية explanatory models لمرضهم. وتعكس هذه النماذج التفسيرية للمرض ثقافة المستفيد، أي أن المستفيد يصف حالته الصحية ومرضه وفقاً لنموذج مبني على ثقافة مجتمعه. بعبارة أخرى، يحاول الفرد تفسير أو شرح مرضه من ناحية عرض مسببات المرض وكيفية ظهور أولى العلامات والأعراض والفترة التي سيستغرقها مرضه والعلاج الذي يجب أن يتلقاه من خلال ثقافته. والسؤال الذي قد يطرحه القارىء هو: ما أهمية معرفة أو تحديد النماذج التفسيرية للمستفيدين؟

إذا كانت النماذج التفسيرية للمستفيدين تتعارض مع النماذج الخاصة بمقدمي الرعاية الصحية، قد يحدث سوء فهم بين الطرفين يعيق الاتصال والتواصل بينهما. ويسبب عدم اتباع المستفيد للخطة العلاجية المقدمة الشعور بعدم الرضا لدى المستفيد والاستخدام غير الكفء للخدمات الصحية.

ومن الضروري معرفة المعتقدات الثقافية للمستفيد، وهي الأساس الذي يبني المستفيد عليه تفسيره لمرضه وحالته الصحية.

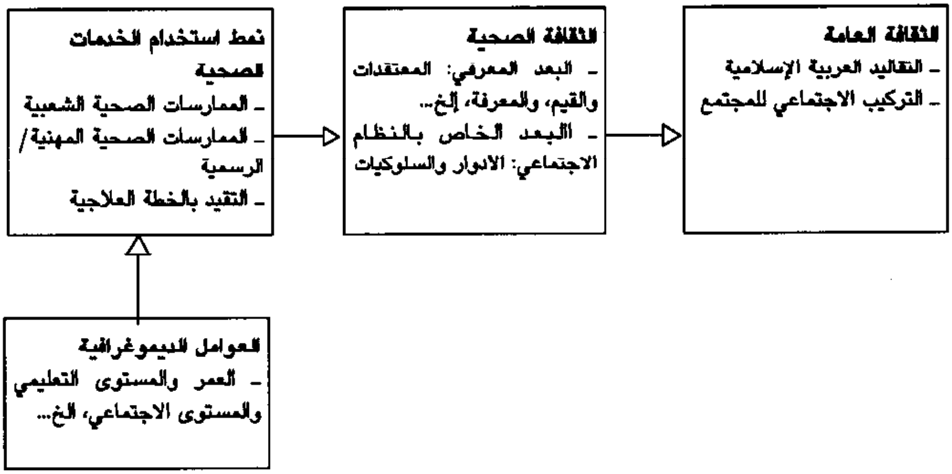
يقول كلينمان إن من المهم جداً طرح عدة أسئلة محددة على المستفيد لمعرفة اتجاهاته الصحية. فالتعرف على هذه الاتجاهات وأجوبة المستفيد تزيد من مقدرة مقدم الخدمة على تقديم رعاية صحية مبنية على التفهم الثقافي، (آندرسون ومكفارلين 1996).

نقدم فيما يلي نموذجاً من الأسئلة التي يمكن طرحها على المستفيد لمعرفة النموذج التفسيري لديه حول مرضه (كلينمان 1980):

1. ما هو سبب مشكلتك الصحية/مرضك؟
2. لماذا بدأت مشكلتك في التوقيت الذي بدأت فيه حسب رأيك؟
3. كم من الوقت ستبقى معك هذه المشكلة حسب اعتقادك؟
4. ماذا فعلت تجاه مشكلتك/مرضك؟
5. هل ناقشت مرضك مع أحد؟ ومن هو؟
6. ما هي المساعدة التي ترغب في أن تحصل عليها لعلاج مرضك؟
7. ممن ترغب في أن تحصل على هذه المساعدة؟

إن الإجابة عن هذه الأسئلة يتطلب وقتاً ومجهوداً، ولكن طرح مثل هذه الأسئلة يساعد في تنمية العلاقة بين المستفيد والممرض ويسهم في تفهم ومعرفة المعتقدات والممارسات والقيم الصحية للمريض/المستفيد.

يبين الشكل (1) العلاقة بين الثقافة العامة والثقافة الصحية ونمط استخدام الخدمات الصحية في المجتمعات العربية، وهذا ما تطرقنا إليه فيما سبق.



الشكل (1) العلاقة بين الثقافة ونمط استخدام الخدمات الصحية

ففي المجتمعات العربية تسود التقاليد العربية الإسلامية، وهذه بدورها تؤثر في الثقافة الصحية للفرد. كما أن التركيب الاجتماعي للمجتمع من النواحي الاقتصادية والتعليمية والسياسية والاجتماعية يؤثر في ثقافة المجتمع.

أما الثقافة الصحية فهي تحتوي على بعدين، البعد المعرفي وهو يشمل المعتقدات والقيم والمعرفة والاتجاهات، والبعد الاجتماعي الذي يشتمل على أدوار وسلوكيات الفرد كعضو في جماعة ثقافية.

وتؤثر الثقافة الصحية بدورها على نمط استخدام المستفيد للخدمات الصحية، فحسب ثقافته بشكل عام وثقافته الصحية بشكل خاص يقوم بالممارسات الصحية الشعبية، كاللجوء إلى الممارسين الشعبيين التقليديين أو اتباع الممارسات الصحية المهنية (الرسمية) كاللجوء للمركز الصحي واستخدام الأدوية، إلخ...

وكما ذكرنا سابقاً، تحدّد ثقافة المستفيد مدى تقيده بالخطة العلاجية واتباع الإرشادات الصحية وكذلك رضا المستفيد من الرعاية الصحية.

هنا تأتي أهمية التقييم الثقافي للثقافة الصحية للمستفيد قبل البدء في التخطيط للرعاية التمريضية وتنفيذ هذه الرعاية.

ويهدف هذا التقييم إلى: أولاً معرفة ما إذا كانت معتقدات وممارسات المستفيد الصحية تتعارض مع المداخلات التمريضية. وثانياً تقديم رعاية تمريضية تأخذ في الاعتبار المعتقدات والممارسات الصحية للمستفيد.

الاختلاف والتشابه بين الثقافات ـ أمثلة من الواقع

من خلال دراستنا لطبيعة الثقافة، نستنتج الحاجة إلى معرفة وتمييز الاختلافات الثقافية للمستفيدين لكي نفهم المستفيد في إطار خليفته الثقافية.

من المهم أيضاً معرفة التشابه بين الثقافات، خاصة الملامح المشتركة بين ثقافة الأغلبية وثقافة المستفيد واستخدامها كقاعدة لمساعدة المستفيد في الاستخدام الكفء للخدمات الصحية.

لقد بينت إحدى الدراسات التي أجريت لدراسة النظام الصحي في المغرب (غرينوود 1981) بأن ثمة عنصرين للطب العربي، وهما الطب النبوي والطب الخلطي اليوناني Galenic Humoral Medicine، ما زالا يستخدمان من قبل أفراد المجتمع إلى جانب النظام الصحي الرسمي. وهذا الأخير يعتمد على المعتقد القائل بأن أحد الأخلاط الأربعة (الدم والبلغم والصفراء والسوداء) هي التي تقرر صحة المرء ومزاجه.

وفي دراسة أنثروبولوجية (مرسي 1980) لقرية مصرية عن مفهوم المرض، استنتج الباحث بأن مفهوم المرض لدى المصريين في هذه القرية يعتمد على التفسير القائل بأن البيئة الداخلية والخارجية لجسم الإنسان تؤثر في صحته بشكل عام.

وفي دراسة حول الممارسات الصحية للمرأة البحرانية (الدرازي 1984) المتعلقة بفترة الحمل والنفاس، قسّم الباحث الممارسات الصحية إلى أربع فئات وهي: الممارسات الضارة بالصحة، والممارسات النافعة المفيدة، والممارسات غير الضارة والممارسات المشكوك فيها، أي أن فائدتها أو ضررها غير واضح.

فهناك بعض الممارسات الشعبية للمرأة البحرانية كالتقليل من شرب الماء في فترة النفاس، وهذه من الممارسات الضارة التي تقلل من إفراز حليب الثدي وتضر بصحة الأم. وهذه الممارسة مبنية على المعتقد بأن شرب كمية كبيرة من الماء يحدث ارتخاء وترهلاً في جدار المهبل (الدرازي 1984، 1986، محمد 1985).

ومن الممارسات الشعبية الضارة الأخرى في كل من البحرين وعمان، استخدام تحاميل مهبلية مصنوعة من الملح والأدوية الشعبية، تستعملها النفساء لإعادة المهبل إلى حالته الطبيعية (دورنبوس 1976، الدرازي 1984). وتسبب هذه الممارسة أحياناً كثيرة تضيّقاً شديداً في جدار المهبل تستدعي التدخل الجراحي مستقبلاً.

ولكن هناك أيضاً بعض الممارسات المفيدة في كثير من البلاد العربية كرضاعة الطفل من الثدي وتدليل الأم في فترة النفاس.

ومن الممارسات النافعة التي تستخدمها النفساء في البحرين الإكثار من الأطعمة الشعبية الغنية بالسعرات الحرارية والألياف.

وهذه الممارسة مبنية على المعتقد القائل بأن جسم النفساء يصبح بارداً بعد الولادة لأن الأم تفقد كميات كبيرة من الدم أثناء الولادة، ويعتبر الدم سائلاً حار النوع في هذه الثقافة.

التقييم الثقافي Cultural Assessment

ينبغي لممرض صحة المجتمع تقييم المعتقدات والممارسات الصحية للمستفيد قبل البدء في تقديم الرعاية التمريضية وذلك ليتعرف على هذه المعتقدات والممارسات ولكي يكون على بينة بأن هذه المعتقدات سوف لن تتناقض وتتعارض مع الخطة العلاجية والرعاية التمريضية.

لقد قام عدد من الباحثين بإعداد أدوات مختلفة تستخدم للتقييم الثقافي، وكل هذه الأدوات التقيمية تهدف إلى تقييم النواحي الآتية في ثقافة المستفيد:

1. نظرة المستفيد إلى الصحة والحياة بشكل عام؛
2. المعتقدات المتعلقة بالحفاظ على الصحة ومسببات المرض وتشخيصه وعلاجه؛
3. المعتقدات الدينية؛
4. العادات والتقاليد فيما يخص الاتصال والتواصل واتخاذ القرارات والطقوس الدينية والأكل والعلاقات الأسرية والعزاء ودور المريض؛
5. أنماط استخدام الخدمات الصحية، الرسمية والشعبية؛
6. التركيب الاجتماعي لثقافة المستفيد، أي تركيب الأسرة والمؤسسات الدينية التي ينتمي إليها المستفيد والتركيب السياسي والاقتصادي والتعليمي للمجتمع والنظام الصحي المتوفر والتغير والاختلاط الثقافي؛

إن على الممرض اختيار أداة التقييم التي تناسب المجال الذي يعمل فيه. وهناك أدوات تقييم كثيرة، لكن هناك أربعة مبادىء للتقييم الثقافي يجب أن يأخذها الممرض بعين الاعتبار عند القيام بالتقييم الثقافي للمستفيد وهذه المبادىء هي:

أولاً: النظر إلى جميع الثقافات من خلال الإطار الذي نمت فيه وتطورت. فالممارسات والسلوكيات الثقافية تنبع من الحاجة لتلبية المشاكل الشائعة للإنسان في بيئة ومحيط محددين.

ثانياً: دراسة الفرضيات التي تُبنى عليها السلوكيات الثقافية ومحاولة معرفة المعتقدات التي تشكل الأساس لهذه السلوكيات. أي ماذا كان الهدف من هذه السلوكيات حينما بدأ الناس في ممارستها.

ثالثاً: دراسة ومعرفة السلوك من خلال الإطار الثقافي للمستفيد، إذ في أحيان كثيرة يختلف معنى السلوك لدى المستفيد عن معناه من وجهة نظر ثقافة الممرض.

رابعاً: تمييز الاختلافات الثقافية بين المجموعة الثقافية الواحدة، أي ليس كل أفراد الثقافة

المعنية يسلكون نفس السلوك ويقومون بنفس الممارسات. ويجب على الممرض أن يتذكر بأنه قد تكون هناك اختلافات ثقافية بين أفراد الثقافة الواحدة أيضاً.

مبادىء تمريض صحة المجتمع في إطار التعددية الثقافية

لقد تبين من دراستنا للثقافة وأثرها على الصحة أهمية تمييز الاختلاف الثقافي ومحاولة تفهم المستفيدين في إطار خلفيتهم الثقافية. نستنتج من خلال المواضيع التي طرحناها في هذا الفصل أهم مبادىء تمريض صحة المجتمع:

1 ـ فهم وتمييز الاختلافات الثقافية من قبل الممرض: إن معتقداتنا وسلوكياتنا غالباً ما تختلف عن معتقدات وسلوكيات المستفيدين من رعايتنا، لذا يجب على الممرض أن يميز هذه الاختلافات ويحترمها ويتفهمها.

2 ـ التعرف على الجذور الثقافية لسلوكيات المستفيد: إن سلوكيات وممارسات المستفيد مبنية على معتقداته وقيمه التي تعلمها من ثقافته. حاول أن تتعرف على ثقافة المستفيد التي توجه سلوكه وأفعاله.

3 ـ الإصغاء والتعلّم قبل تقديم الإستشارة: لا يمكننا تغيير ممارسات المستفيدين من خلال تقديم الإرشادات والنصائح، بل يجب علينا أن نصغي للمستفيد أولاً ونتعرف على قيمه ومعتقداته وسلوكه من خلال السؤال والملاحظة والاستماع، ومن ثم نخطط للرعاية التمريضية المبنية على احتياجاته وننفذها.

4 ـ التعاطف (فهم) مع المستفيد المنتمي إلى ثقافة مختلفة: بالإضافة للتعرف على ثقافة المستفيد، حاول أن تفهم وجهة نظر المستفيد تجاه الصحة والمرض وتبدي اهتماماً وعطفاً تجاه المستفيد. لأن هذا الأسلوب في التعامل يحفز المستفيد على تقبل سلوكيات صحية جديدة.

5 ـ احترام ثقافة المستفيد: احترام ثقافة المستفيد وعدم الاستهزاء بمعتقداته وممارساته يساعد في الاتصال والتواصل بين ثقافتين مختلفتين، ويساعد في بناء علاقة بين الممرض والمستفيد من أجل تقديم رعاية تمريضية فعالة.

6 ـ التحلي بالصبر: إن بناء العلاقة القائمة على الثقة بين الممرض والمستفيد يستغرق وقتاً وجهداً وليس بالأمر اليسير. ويحدث تغيير السلوك تدريجيًا وببطء ويحتاج إلى الوقت والاتصال الفعال.

7 ـ تحليل السلوك: إن معرفة الذات وتحليل قيم وعادات واتجاهات الممرض نفسه، مهم جداً في العمل مع المستفيدين من ثقافات مختلفة.

في حقل تمريض صحة المجتمع، لكل مستفيد ثقافته الخاصة به، سواء كان فرداً أو أسرة أو مجتمعاً. وهذه الثقافة تحدد نمط حياته وسلوكه، وكل ثقافة تختلف عن الأخرى، وتشعر الإنسان بالأمان والاستقرار. وعلى ممرض صحة المجتمع الذي يريد أن يقدم رعاية تمريضية فعالة ومؤثرة إلى المستفيدين أن يلم بمعتقدات وقيم وممارسات المستفيدين بشكل عام، وفيما يخص الصحة والمرض بشكل خاص من خلال التقييم الثقافي وأن يقدم

الرعاية التمريضية آخذاً في الاعتبار مبادىء تمريض صحة المجتمع في نطاق التعدد الثقافي.

أسئلة ونشاطات

1 ـ حاول أن تتذكر أول مرة صادفت فيها مستفيداً ينتمي إلى ثقافة تختلف عن ثقافتك.

أ. ما الذي دار في رأسك عندما التقيت بالمستفيد؟

ب. كيف تعاملت معه عند تقديمك الرعاية التمريضية؟

ج. هل صادفت أي صعوبات؟

د. ما هي الخبرة التي اكتسبتها من هذه التجربة؟

هـ. عدد الثقافات التي التقيت بها من خلال عملك كممرض؟

و. هل لاحظت أي اختلافات بين هذه الثقافات؟ اذكرها؟

ز. هل حاولت أن تتعرف على هذه الثقافات؟

2 ـ لقد بينت بعض الدراسات بأن الكثير من الممارسات الصحية الشعبية التي يزاولها المستفيدون في بلادنا ترجع في جذورها الأولى إلى الطب العربي (الشعبي).

أ. ما هي مصادر الطب العربي (الشعبي)؟

ب. حدد عناصر الطب العربي (الشعبي)؟

3 ـ قم بدراسة الثقافة التي تنتمي إليها وحدد بعض الممارسات الشائعة وصنفها حسب الفئات الأربع من ناحية الضرر والنفع

ثم حاول أن تتعرف على جذور هذه الممارسات والمعتقدات التي بنيت عليها هذه الممارسات.

4 ـ من خلال عملك كممرض لصحة المجتمع تلتقي بثقافات مختلفة.

كيف يمكنك الحصول على معلومات عن هذه الثقافات؟ اذكر جميع الوسائل التي يمكن استخدامها للحصول على معلومات عن الثقافات الاخرى.

5 ـ ناقش مفهوم الثقافة ودورها وتأثيرها على صحة الفرد والأسرة والمجتمع.

6 ـ حدد ما هي خصائص الثقافة.

7 ـ صف مواقف الممرضين السلبية والإيجابية تجاه المستفيدين المنتمين إلى ثقافات غير ثقافتهم.

مراجع للاستزادة

(1) Leininger M., Transcultural Nursing Concepts, Theories, and Practices, John Wiley Sons, Inc., New York. (1978).

(2) Cleark M.J., Nursing In The Community, 2nd-Edition. Appleton & Lange, Connecticut. (1996).

(3) الدكتور صلاح مصطفى الفوال: علم الاجتماع والعلوم الاجتماعية، ص 161، عالم الكتب، القاهرة (1982).

(4) Moore, L.G. etal, The Biocultural Basis of Health: Expanding Views of Medical Anthropology, Waveland Press, Inc. Illinois. (1987).

(5) Anderson, R. Newman, J., Societal Individual Determinants Of Medical Care Utilization In the United States, The Milbank Memorial Fund Quarterly 51, 95-124. (1973).

(6) Suchman, E., Health Orientation Medical Care, American Journal Of Public Health, 56, 97-104. (1965).

(7) Weidman, H., Research Strategies, Structural Alternations and Clinically Applied Anthropology, in Clinically Applied Anthropology, eds. N. Chrisman and T. Martezki, pp. 201-241, D.Reidal Publishing Company, Holland. (1982).

(8) Kleinman, A., Patients And Healers In the Context Of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry, University Of California Press, Berkeley. (1980).

(9) Anderson, E.T. McFarlance J.M., Community As Parner: Theory and Practice In Nursing, 2nd Ed. Lippincott, Philadelphia. (1996).

(10) Al-Darazi, F., Assessment of Bahraini Women's Health Illness Cognitions Practices, Ph.D. Dissertation, University of Illinois at Chicago, Chicago. (1986).

(11) Greenwood, B., Cold or Spirits? Choice Ambiguity in Morocco's Pluralistic Medical System, Social Science Medicine 15B, 219-235. (1981).

(12) Morsy, S., Body Concepts Health Care: Illustrations from an Egyption Village, Human Organization 39, 92-96. (1980).

(13) Al-Darazi, F., Health Illness Cognition Among Bahraini Women. Master's Thesis, University of Illinois at Chicago, Chicago. (1984).

(14) Mohammed, A., Traditional Health Practices of the Post Partum Bahraini Women, Master's Thesis, University of Illinois at Chicago, Chicago. (1985).

(15) Doorenbos, H., Postpartum Salt Packing and Other Medical Practices: Oman, South Arabia, in Medical Anthropology, eds. F.X. Grollig H. Haley, pp. 109-111. Mouton Publishers, Paris. (1976).

(16) Spradley, B.W., Community Healt Nursing-Concepts Practice, 2nd Ed. Little Brown Company, Boston. (1985).

(17) Boyle, J.S. Andrews, M., Transcultural Concepts in Nursing Care. Scott, Foresman Company, Illinois. (1989).

الفصل الرابع

صحة البيئة

يزداد عدد سكان المدن في معظم بلاد العالم زيادة كبيرة ومستمرة، ويؤدي النمو السكاني إلى زيادة الحركة والهجرة إلى المدن مما يزيد من المشكلات البيئية وبالتالي المشكلات الصحية، وزيادة المخاطر المحيطة سواء بيولوجية أو كيميائية مثل تلوث المياه أو الهواء أو الغذاء مع ما يصاحب ذلك من مشاكل الصرف الصحي والتخلص من الفضلات وما ينتج عن الازدحام من ضوضاء.

ومع التقدم العلمي والتكنولوجي وما يتبع ذلك من منافع للناس أجمعين، ينتج سوء استخدام للبيئة وزيادة المخاطر الصحية. ومن الجدير بالذكر أن المكان الذي يعيش فيه الناس أو يعملون أو يمرضون يؤثر على نوعية حياتهم وبالتالي على صحتهم.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سيكون القارىء قادراً على:

1. مناقشة مفهوم صحة البيئة؛
2. التعرف على العوامل التي تؤثر في صحة البيئة؛
3. دراسة مصادر تلوث البيئة؛
4. مناقشة تلوث الغذاء والماء والهواء والتلوث السمعي؛
5. التعرف على دور الحشرات في تلوث البيئة؛
6. التعرف على تأثير استعمال المبيدات الحشرية على صحة البيئة؛
7. مناقشة صحة البيئة وعلاقتها بكل من الفرد والأسرة والمجتمع؛
8. وضع خطة تمريضية توضح دور ممرض المجتمع في الحفاظ على صحة البيئة.

مفهوم صحة البيئة

البيئة هي كل ما يحيط بالفرد من عوامل مؤثرة سواء بيولوجية أو اجتماعية أو طبيعية. العوامل البيولوجية تشمل ما يحيط بالإنسان من كائنات حية، والعوامل الاجتماعية هي علاقة الإنسان بالمحيطين وما يتصل بذلك من نواح تعليمية وثقافية واقتصادية، والعوامل

الطبيعية تشمل المسكن والهواء والماء والتخلص من الفضلات والسيطرة على الصوت والإضاءة والحرارة والرطوبة والتهوية. وتشمل البيئة الصحية العوامل الجسمانية والاجتماعية والاقتصادية التي تحافظ على صحة الإنسان وتنميها.

وهناك علاقة متبادلة بين الإنسان والبيئة المحيطة به. وتتأثر صحة الفرد البدنية والاجتماعية والذهنية تأثيراً مباشراً بالبيئة المحيطة ولا يستطيع الإنسان أن ينفصل عن هذا المحيط. وإذا توافرت الشروط الصحية في البيئة المحيطة ساعد ذلك على تحسن صحة الفرد، وكذلك إذا كانت صحة الفرد جيدة ساعد ذلك على العمل وزيادة الإنتاج والعناية بالبيئة المحيطة والعمل على تحسينها.

يعتمد السلوك الصحي للناس عامة على مفهوم الصحة وكيف يؤثر في أعمالهم، كما أن طبيعة الحياة التي يعيشونها تؤثر في البيئة تأثيراً مباشراً. وصحة البيئة من القضايا التي تهم مجتمعنا والعالم أجمع. والحماية الصحية (تعزيز الصحة) تشتمل في المقام الأول على العوامل البيتية.

وقد اتفق العلماء على خطط تشمل المواصلات والاستخدام الأمثل للأرض وتنمية الموارد وإنتاج الطاقة، واعتبروا هذه الخطط الطرق الحقيقية لمنع مشاكل البيئة الصحية. وقد أضاف آخرون أن الاهتمام بالمخلفات والمواد الكيميائية السامة ووقاية الغذاء والوقاية من الإشعاع ومنع تلوث الهواء والماء ومنع الإصابات والتحكم في الحشرات والضوضاء مع العناية بالصحة المهنية والسلامة، توفّر كلها بيئة صحية.

تلوّث الغذاء

قد يكون الغذاء وسيلة لنقل الأمراض، لذلك فإن حماية الأغذية من التلوث هي عملية مستمرة ينبغي أن يضطلع بها الناس وكافة الأجهزة المسئولة، حيث إن التغذية أساسية لحياة الإنسان الآمنة، ويجب أن تتوفر بشكل خالٍ من مسبّبات الأمراض أو السموم.

العوامل الممرضة في الغذاء

أ ـ أغذية سامة بطبيعتها مثل بعض أنواع الفطر mushrooms.

ب ـ وجود حساسية عند بعض الناس لبعض أنواع الأطعمة.

ج ـ التسمّم بمادة التومائين ptomaine poisoning، وهي نوع من السموم ينتج عن تحلل البروتين بواسطة البكتيريا.

د ـ سموم تنقل بواسطة الطعام: عادة تقتل الحرارة الميكروبات وتحلل السموم. وهذا النوع من السموم ينتج من عدم طبخ الطعام أو أكل بعض الأطعمة غير المطبوخة مثل البسطرمة... إلخ.

هـ ـ وجود الميكروبات الحية بأعداد كبيرة ومرور وقت قصير ما بين مصدر العدوى ومستقبلها وتوافر درجة حرارة مناسبة (38°م) ووجود رطوبة وعتامة.

أسباب تلوث الغذاء

أ ـ تلوث الغذاء بالميكروبات من الأرض أو الماء أو الهواء أو الحيوانات أو الحشرات أو القوارض، وفي بعض الأحيان من الناس أنفسهم. وعندما تتلوث الأغذية بالبكتيريا، فإن هذه الأخيرة تتكاثر وتنمو وتفرز سموماً في الطعام ويصاب الفرد بالتسمم الغذائي. وقد كثرت في الآونة الأخيرة أمراض الجهاز الهضمي نتيجة التسمم الغذائي. وقد يكون التلوث مباشراً بسبب أكل أو شرب غذاء ملوث.

وفي بعض الأحيان يكتشف الميكروب المسبب للمرض بعد ظهور أعراض المرض وفي أحيان أخرى يظل الميكروب كامناً في جسم الفرد بدون أعراض ظاهرة مثل جرثومة السالمونيلا: فقد وجد الباحثون أن 15-30% من الدجاج يحتوي على جرثومة السالمونيلا، كما يحتوي 50% من اللحم الأحمر المخزون على جرثومة المطثِّيَّة (Clostridium)، ويحتوي الجبن (الشيدر) على السالمونيلا، وتتلوّث الأسماك الصرفية بالفيروسات المسببة لالتهاب الكبد الوبائي والكوليرا، وتوجد السالمونيلا على جلد الإنسان وغشائه المخاطي.

ب ـ تلوث الغذاء ببعض الطفيليات مسبباً حالات مرضية مثل الزحار الأميبي والاحتشار بالدودة الشريطية وداء الجياردييات (Giardiasis) وداء المقوّسات (Toxoplasmosis).

العوامل البيئية المساعدة في تلوث الغذاء

أ ـ تؤثر درجة حرارة المحيط في درجة نمو البكتيريا أو موتها. والحرارة المرتفعة تقتل البكتيريا، في حين تستطيع البكتيريا العيش في درجات حرارة منخفضة.

ب ـ تؤثر درجة حموضة الغذاء في نمو البكتيريا الغذائية، وتبلغ درجة الحموضة المثلى للتكاثر على مقياس الأس الهيدروجيني (pH) سبع درجات، وتستطيع الجراثيم مقاومة الحرارة عند هذه الحموضة. لكن البكتيريا تموت كلما زادت درجة الحموضة أو قلت وزادت درجة الحرارة في نفس الوقت.

ج ـ الرطوبة لازمة لنمو البكتيريا وتكاثرها، وجفاف المحيط يوقف نمو معظم البكتيريا ويقتل البعض الآخر.

د ـ التعرض للأشعة فوق البنفسجية من ضوء الشمس يبيد البكتيريا، أما وجود الغبار والأتربة والمواد العضوية في الجو والماء والحواجز الزجاجية فيحدّ من تأثير الأشعة على البكتيريا.

هـ ـ تقتل المواد الكيميائية مثل المضادات الحيوية، والكحول، والكلورين، والبرومين، واليود، والفينول البكتيريا. ويتوقف تأثير هذه المواد الكيميائية على الوقت ودرجة الحرارة ودرجة الحموضة ونوع الكائن الحي وطريقة عمله.

و ـ تبيد المنظفات والمطهرات التي تستخدم في الغسيل البكتيريا، ويعتمد ذلك على نوع الماء وطريقة الغسيل ونوع المنظف والمطهر ودرجة الحرارة.

الإرشادات والتعليمات الواجب على ممرض صحة المجتمع الإلمام بها من أجل متابعتها مع المستفيدين بالمجتمع

أ - إرشادات تتعلق بالعاملين في مجال التغذية

- يجب فحص العاملين بعناية وإثبات خلوهم من الأمراض التي تنتقل عن طريق الغذاء. كما يجب التأكد من نظافتهم الشخصية ومن ملابسهم وتغييرها يومياً، وخاصة الملابس الداخلية، مع تغطية الرأس عند الحاجة؛
- يجب أن يغسل العاملون في مجال التغذية أيديهم بالماء والصابون حيث إن الأيدي أكثر أسباب نقل الأمراض وذلك قبل بدء ملامسة الغذاء وبعد استعمال المراحيض وقبل وبعد تنظيف الأطعمة وقبل تقديمها. ويجب أن تبعد الأيدي عن ملامسة الرأس والأنف والفم وأجزاء الجسم المختلفة، كما يجب استعمال الملاعق والشوك والأدوات الأخرى في إعداد ومناولة أو تقديم الطعام؛
- منع العاملين من التدخين أثناء تحضير أو تقديم الأطعمة؛
- إذا كان العامل مريضاً بالإنفلونزا أو بتقيّح الحلق أو مصاباً بالإسهال فيجب أن يمنع من العمل حتى يشفى ويعرض على الطبيب المختص؛
- تؤخذ من جميع العاملين المصابين بالإسهال عينة براز للفحص، وإذا كانت النتيجة إيجابية لأي نوع من الميكروبات أو الطفيليات التي تنتقل عن طريق الغذاء، يمنع من العمل حتى ظهور نتائج ثلاثة فحوصات مخبرية سلبية.

ب - إرشادات متعلقة بالطبخ وحفظ الطعام

- تغسل الخضروات والفواكه الطازجة جيداً قبل طبخها أو تقديمها، ويجب المحافظة على نظافتها؛
- تُقطّع اللحوم قطعاً صغيرة وكذلك الدجاج والأسماك للتأكد من وصول الحرارة لداخلها، لأن الطبخ والحفظ الجيدين يمكنهما وقف نمو البكتيريا في الطعام. ولذلك يجب إعطاء الطعام وقتاً كافياً للنضج أثناء الطبخ لقتل الميكروبات؛
- يجب أن تكون أوعية الطعام مصنوعة من مواد غير سامة وغير قابلة للصدأ وغير قابلة للتفاعل مع المأكولات وليس لها رائحة؛
- يجب الإقلال من استعمال الأيدي في تحضير الطعام وتقديمه.
- يجب عدم ترك الأطعمة المثلجة عند طبخها في درجة حرارة الغرفة حيث إن السطح الخارجي لهذه الأطعمة سوف ترتفع درجة حرارته تدريجياً ويصبح عرضة لميكروبات البيئة المحيطة، لذلك يجب تركها داخل البراد حتى يذوب الثلج عنها أو طبخها مباشرة بإعطائها وقتاً كافياً على نارٍ هادئة؛

- يجب التأكد من نظافة وخلو المأكولات من أي تلوث ميكروبي أو كيميائي قبل طبخها وتناولها؛
- يجب أن تكون أماكن تصنيع الأغذية وحفظها خالية من الطيور والحيوانات والحشرات والقوارض؛
- يجب حفظ الأطعمة جيداً عند درجات حرارة منخفضة وفي أوعية نظيفة والتأكد عند استعمالها من عدم تغير لونها أو مذاقها أو رائحتها، فمثل هذه العلامات تدل على فسادها.

ج - إرشادات متعلقة بأماكن عرض الطعام

يجب على المعنيين بالبيئة الصحية مراجعة المخططات الهندسية الخاصة بمنشآت بيع الأغذية قبل السماح بإنشائها أو منح الترخيص بعملها، ويشمل ذلك هندسة المبنى، والأسقف، والجدران، والأرضيات، والموقع، وضوابط الوقاية من الحشرات والقوارض، وكمية ونوع الإضاءة، وكيفية ونوع التهوية، ووجود مراحيض للعاملين، ونوع الماء المستخدم، ووجود أحواض لغسل الأيدي، ونوع الثلاجات، ونوع الصرف الصحي، وطريقة التخلص من الفضلات.

تلوث المياه

تحتاج كل الكائنات الحية إلى المياه ولا يستطيع الإنسان العيش بدونها. فهي تستخدم في الشرب والنظافة الشخصية ونظافة البيئة المحيطة وفي إعداد الطعام وطهيه وكذلك في الري وفي الصناعة. وكلما تزايد عدد السكان، ازدادت الصناعات واشتدّت الحاجة لزيادة المساحات المزروعة وتضاعفت احتياجات الناس إلى المياه. لذلك يجب أن تكون كمية المياه كافية لاستعمالات الإنسان وخالية من التلوث والرواسب. وتشمل مصادر المياه الأنهار والبحار والمياه الجوفية ومياه الأمطار.

ويعتبر تلوث المياه من مصادر تلوث البيئة وأهم أسبابه ما يلي:

- إلقاء المخلفات والفضلات على مصادر المياه
- سقاية الماشية من مصادر مياه شرب الإنسان
- التبرز أو التبول أو الغسيل قرب مصادر مياه الشرب أو فيها
- إلقاء مخلفات المصانع في مصادر مياه الشرب، الأمر الذي يسبب التلوث الكيميائي، وهذا ضار بصحة الإنسان. وإذا وصلت درجة التلوث إلى مستوى أعلى من المسموح به دولياً، فإن صحة المجتمع تتعرَّض كلها للخطر.

وينتج عن شرب الماء الملوث كثير من الأمراض والمشكلات الصحية مثل الأخماج (العداوي) والإنتانات والتسمم وتشوه الاجنة والخلل في النمو وتحطيم الجينات والسرطان

وأمراض عصبية وسلوكية وإضعاف الجهاز المناعي وأمراض المفاصل وأمراض الجهاز الهضمي وخاصة الإسهال وأمراض جهاز الدوران والكليتين والكبد والغدد. كذلك يعتبر الماء وسيلة عدوى ببعض الأمراض مثل التيفوئيد (الحمّى التيفية) والباراتيفوئيد (الحمّى النظيرة التيفية) والكوليرا والزحار والاحتشار ببعض الديدان والطفيليات.

ويجب إرشاد وتثقيف الناس حول طرق منع تلوث المياه وحظر سقاية الحيوانات من الأنهار أو إلقاء المخلفات فيها، وتعليمهم طرق تخزين الفضلات والتخلص منها، والإبقاء على النهر نظيفاً، وعدم شرب المياه الملوثة وتفادي مخاطرها الصحية. وعلى الدولة مراقبة المصانع وطرق تخلصها من مخلفاتها بشكل يضمن عدم تلويث المياه، مع مراعاة ترشيح المياه وتنقيتها وإضافة المطهرات مثل الكلور قبل توزيعها على الناس وخاصة ما يخصص منها للشرب.

تلوث الهواء

يعتبر الهواء ملوثاً عند وجود مواد في الهواء المحيط بتركيز يكفي ليؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر في راحة وسلامة الفرد أو صحته أو في استعماله الأمثل لإمكانياته.

مصادر تلوث الهواء

يتلوث الهواء من:

- المخلفات الصناعية؛
- التدفئة (heating) في المنازل؛
- الحرائق؛
- أتربة الشوارع؛
- عوادم المحركات والسيارات؛
- رش المبيدات الحشرية؛
- مخلفات المباني؛
- التلوث الكيميائي؛
- التلوث النووي.

مشكلة تلوث الهواء

يصبح التلوث الهوائي مشكلة عندما يؤثر في الإنسان وفي الزرع وفي الحيوان. ولمعرفة مشكلة تلوث الهواء يجب أن نتعرف على طبقة الأوزون ووظيفتها. توجد طبقة الأوزون في

طبقات الجو العليا، وهي تحمي الأرض وما عليها من تأثير الإشعاعات المؤنية. وعندما تقل طبقة الأوزون في طبقات الجو العليا أو تقترب من سطح الأرض وتختلط مع بعض المواد الكيماوية والمواد العضوية فإن الإشعاعات فوق البنفسجية الواصلة إلى الأرض تزداد ويكون لذلك تأثير سيىء على صحة الإنسان والحيوان والنبات.

وتنتج المركبات العضوية الملوِّثة من المحركات والصناعات الكيماوية والبترولية والإنبات الطبيعي والحوادث الطبيعية، مثل البراكين وحرائق الغابات، والحروب النووية (مثل قنبلة هيروشيما التي ألقيت على اليابان عام 1945 وما نتج عنها من تلوث بيئي).

التلوث الهوائي والنواحي الصحية

- من الممكن أن يكون التلوث حاداً وخطيراً، وقد يكون التأثير مزمناً ومتأخراً في صورة أمراض مزمنة بعد التعرض للتلوث لمدة طويلة. وقد وجد أن أدخنة التدخين من أكثر مصادر تلوث الهواء وتسبب سرطانات ومشاكل تنفسية خاصة لدى الأطفال. كذلك فإن التلوث الهوائي يسبب مشاكل تنفسية. والأفراد المصابون بالربو (bronchial asthma) والأمراض التنفسية الأخرى تزداد حالتهم سوءاً كلما ازداد تلوث الهواء.
- يسبِّب التلوث تهيج العين والأنف والحلق، وهذه الحالات قد تكون بسيطة أو متوسطة أو شديدة تبعاً لحساسية الفرد وطبيعة التلوث.
- أما بالنسبة للرئة فالمواد المهيِّجة والمثيرة تجعل الأفراد أكثر عرضة للالتهابات الرئوية.
- والتسمم بأول أكسيد الكربون قد يؤثر في عمل القلب، وله كذلك تأثير صحي سيىء متأخر.
- وفي الأجواء الملوثة تظهر اضطرابات الجهاز الهضمي وخاصة عند الأطفال.
- من الممكن أن يدمر التلوث الأشجار والأزهار والنباتات والمحاصيل، وهذا كله ينعكس على صحة الإنسان.
- وأخيراً، تمنع البيئة الملوثة التمتع بالمحيط المجاور للإنسان.

التلوث السمعي

يطلق اسم الضوضاء noise على الأصوات عندما تتسبب في تعطيل العمل والراحة. ومع تطور المجتمعات وزيادة أعداد السكان كثرت الضوضاء، وقد سبب ذلك نوعاً من الكرب عند الإنسان. وللضوضاء تأثير سلبي على الإنسان، وخاصة على صحته العقلية. وتحدث مشكلة الضوضاء عندما يكون التعرض للضوضاء كثيراً أو دائماً، فالضوضاء في المصانع قد تسبِّب الصمم لبعض العاملين أو تقلِّل من مقدرتهم وكفاءتهم في العمل. ولذلك يجب أن تستعمل سماعات واقية أو طرق لعزل الصوت في المصانع التي تزيد فيها نسبة الضوضاء.

أما في المجتمع عامة فتنشأ الضوضاء في الطرق بسبب وسائل المواصلات وأعمال صيانة الطرق أو عمليات البناء الأمر الذي يسبِّب تلوثاً سمعياً.

هناك أيضاً التأثير المهني للضجيج حيث يعرف الضجيج على أنه جملة أصوات مستهجنة، تحدث تأثيراً مضايقاً للسمع ومثيراً للعصبية. وهو من أكبر عوامل التلوث في الهواء شدة، وخاصة في المدن نتيجة للازدحام. ويؤثر الضجيج على صحة الإنسان، حيث بيّنت الكثير من البحوث في هذا الميدان أن الضجيج الدائم يؤثر على الجهاز العصبي المركزي. وهو قد يؤثر على السمع، صمم وظيفي، أو فقدان مؤقت لحدة السمع.

ويبلغ الحد الأعلى لتحمل الضجيج 90 دسيبل فقط، وقد يسبب الضجيج التوتر الشرياني، والقرحة المعدية.

التلوث داخل المباني

إن التطور الذي حدث في الهندسة البنائية جعل من بين أهدافه إحكام إغلاق المباني حتى لا تتسرب الطاقة منها، وقد نتج عن ذلك انحباس الملوثات داخل المباني المحكمة وزيادة نسبة الغازات الخاملة inert gases والرادون radon فيها.

وتحتجز كذلك داخل الأماكن المغلقة أدخنة السجائر والأبخرة الناتجة عن المنظفات ومواد الغسيل ومواد دهن الجدران وملمعات الأرضيات ومستحضرات الرش spray التي تستعمل في التجميل أو تلميع الموبيليا أو قتل الحشرات، وكذلك مساحيق إزالة البقع والمساحيق الخاصة بتنظيف الأفران ومزيل طلاء الأظافر والايروسول المستخدم في الحلاقة.

وحيث إن المنازل قد أثثت للجلوس فيها والاستمتاع والراحة، ينصح بالإقلال من استخدام المواد التي تنتج عنها ملوثات للهواء، كما ينصح بالخروج للهواء الطلق واستنشاق هواء غير ملوث والتحكم في مصادر التلوث داخل المباني.

وقد تبيَّن أن مادة الاسبستوس asbestos التي تستخدم في البناء وطلاء المباني هي مادة ملوثة للهواء ويمكن أن تسبب أمراضاً تنفسية وسرطانات. وقد سنَّت معظم الدول الصناعية المتقدمة قوانين تحدّ من استخدام هذه المادة.

الحشرات والقوارض

توجد الحشرات والقوارض في جميع أنحاء العالم، وهي تتسبَّب بعدد كبير من الأمراض البيئية التي تصيب الإنسان والحيوان عن طريق تلويثها للأطعمة. وقد تنقل الحشرات والقوارض الأمراض عن طريق أجسامها أو عن طريق البراز أو البول أو القيء على المأكولات. كما أن لدغات الحشرات يسبِّب الكثير من المضايقات للإنسان.

تكيف الحشرات نفسها تبعاً لبيئة الإنسان، وهي موجودة في الجو وفي التربة وفي الماء وتعيش إما داخلياً ضمن مساكن الناس أو خارجها أو على الإنسان والنباتات والحيوانات.

ومما فاقم من مشكلة الحشرات أنها بدأت تقاوم أنواعاً كثيرة من المبيدات، وأن كثيراً من الأمراض التي تنقل بواسطة الحشرات لا يمكن منعها بالأمصال أو الأدوية. لذلك يكون التحكم الأمثل فيها عن طريق منع مصدر التلوث من الوصول إلى الإنسان.

وعلى الرغم من الجهود التي تبذلها الدول لمنع الأمراض التي تلعب فيها الحشرات دور الوسيط، لم تنتهِ هذه المشكلة، وفي بعض الأحيان يزداد انتشار هذه الأمراض مع التغيرات البيئية والاقتصادية.

تأثير استعمال المبيدات الحشرية على البيئة والصحة

أصبح استعمال المبيدات الحشرية في هذه الأيام الوسيلة الأساسية للتحكم في الحشرات، وقد نتج عن استعمالها تلوثاً للبيئة. وهذا التلوث قد يصيب الإنسان بالتسمم وقد يسبب بعض أنواع السرطان، بل إن ملامسة بعض المبيدات الحشرية يمكن أن يسبِّب الموت أحياناً. ومن جهة أخرى، تضاءلت فائدة المبيدات الحشرية في القضاء على الحشرات، حيث استطاعت الحشرات أن تكون بداخلها مقاومة لبعض أنواع هذه المبيدات.

يوجد في الكثير من بلدان العالم مؤسسات تُعنى بصحة الإنسان عن طريق إبادة الحشرات ومنع وصولها للإنسان أو تلويث غذائه.

وتعتبر النظافة العامة للإنسان والمنازل والبيئة المحيطة من أهم العوامل التي تقضي على الحشرات. كذلك ينصح بتغطية الأطعمة وإبعادها عن الحشرات والتخلص من القمامة والفضلات بطرق صحيحة وإبقائها مغطاة دائماً. وعند استعمال المبيدات يجب أن ترش بعد التأكد من الخلو البشري من المنطقة.

الصرف الصحي والتخلص من المخلفات

إن التخلص من المخلفات هو مشكلة تواجه معظم الناس والمؤسسات الصحية، وتعتبر طرق الصرف الصحي والتخلص من المخلفات إحدى مقومات المستوى الصحي في أي مكان. وهناك كثير من دول العالم الثالث التي لا تزال تعاني من مشكلة الصرف الصحي والتخلص من المخلفات، والدول التي لا توجد بها أنظمة للصرف الصحي تعرض أفرادها للخطر. وكلما زاد عدد السكان، زادت مخلفاتهم. وقد نتج عن الهجرة غير المنظمة مناطق سكنية عشوائية لا تتوفر فيها الأسس الصحيحة للتخلص من المخلفات ولا تتواجد فيها طرق صرف صحي سليمة.

وتكمن المشكلة في العبء المتزايد من الفضلات الصلبة التي ينبغي التخلص منها نتيجة أنواع التغيير التي يحدثها الإنسان العصري، كعامل صناعي وكساكن في المدينة، وكباحث عن الترويح، وكمزارع.

مثال: دل تقرير بيئي حول شكل الفضلات في أمريكا في عام 1980 أن مجموع ما تم طرحه من فضلات من 250 مليون إنسان يعادل 340 مليون طن من المخلفات الصلبة، بمعدل 18 رطلاً لكل شخص يومياً.

وتحتوي المخلفات على كثير من الجراثيم والميكروبات والطفيليات والحشرات والقوارض التي تنقل الأمراض إلى الإنسان. وتعتبر المخلفات الموجودة في البيئة من أكثر أسباب التلوث، فضلاً عن أنها من مشاكل الصحة العامة في المجتمع.

وتنقسم المخلفات عامة إلى:

أ ـ **المخلفات السائلة:** وتتكون أساساً من الماء الذي يحتوي على عوالق مثل الحيوانات والنباتات والأوراق.. إلخ. وهذه المخلفات تنتج من المنازل والمتاجر والمصانع وغيرها، وتنقل بواسطة شبكة أنابيب أو وسائل أخرى لتصرف في أماكن بعيدة عن المدن السكنية مثل الصحراء أو البحار بعد معالجتها. وعملية معالجة المخلفات مكلفة ولكنها في نفس الوقت هامة جدّاً في الحفاظ على صحة الإنسان وعلى صحة البيئة. والغرض الأول للتخلص من هذا النوع من المخلفات هو منع انتشار الأمراض بين السكان وحماية مصادر المياه والأسماك والأحياء المائية الأخرى ومنع تلوث التربة.

ب ـ **المخلفات الجافة (القمامة):** تعتبر المخلفات الجافة من أسباب تلوث البيئة، ومن هذه المخلفات مثل قمامة المنازل والمحلات والشوارع والمطاعم والأسواق والحيوانات النافقة وفضلات المصانع وأوراق الأشجار، وهذه كلها إما مواد عضوية أو غير عضوية.

كذلك تمثل المخلفات الجافة خطورة على صحة الإنسان، حيث تعيش عليها القطط والكلاب والفئران والبعوض والصراصير وكثير من الحشرات. وهذه كلها تنقل الأمراض إلى الإنسان، كما أن تراكمها يسبب انبعاث روائح كريهة ويعتبر مصدراً للميكروبات والجراثيم.

والتخلص من القمامة هو من مسئولية السكان جميعاً إلى جانب مسئولية الجهات الرسمية في الدولة. ويجب جمعها من المنازل في أكياس وإغلاقها جيداً ثم نقلها بواسطة الجهات المعنية بصورة منتظمة تضمن عدم تكدسها. وبعد ذلك يتم التخلص منها إما بتحويلها إلى أسمدة أو باستخدامها في صناعة بعض أنواع الورق أو حرقها في محارق خاصة أو ردمها على عمق بطرق صحية.

صحة البيئة وعلاقتها بالفرد

هناك ارتباط وثيق بين الإنسان والبيئة المحيطة، ويعتبر الإنسان جزءاً من البيئة ونتاجاً من نواتجها، وأي تغيير في أحدهما ينتج عنه تغير في الآخر. كذلك هناك علاقة متبادلة ومستمرة بين البيئة والأفراد، وكل منهم يضع متطلبات على الآخر. ويحاول الناس دائماً

التكيف مع البيئة المحيطة، ويستطيعون في الأحوال العادية أن يكيفوا احتياجاتهم لتتلاءم مع الحالة البيئية السائدة.

وعلاقة الإنسان مع البيئة المحيطة عملية ديناميكية لا تتوقف. ويتغير الإنسان بتغير البيئة المحيطة، وتتغير البيئة بتأثير سلوك الإنسان. والبيئة بجوانبها الطبيعية والاجتماعية والثقافية لها تأثير فعال على الإنسان. على سبيل المثال، يستطيع الإنسان تحمل الضوضاء إلى حد معين، لكن إذا زادت الضوضاء أو استمرت لمدة طويلة تظهر آثارها على الفرد على شكل أعراض مثل التوتر والقلق، وأحياناً يمكن أن يصاب بالصمم.

ويشترك الناس جميعاً في إنتاج البيئة المحيطة وتحديد نوعيتها. ومع تطور العلم والصناعة والتعليم، وتطور العلوم السلوكية والاجتماعية، تغيّرت مقدرة الأفراد والمجموعات على الثبات والتوازن. ومن الجدير بالذكر أن هذه التطورات بعضها سلبي وبعضها إيجابي، وأن التطور الذي صنعه الإنسان للتغلب على الصعاب نتج عنه تلوّث البيئة. فمثلاً في محاولة الإنسان للتغلب على مشكلة الحشرات، استخدم المبيدات الحشرية التي قتلت الحشرات، لكنه في نفس الوقت لوث الهواء والمزروعات. وفي محاولة لتسهيل التنقل وقطع المسافات، صنع الإنسان السيارات التي نتج عنها عوادم وأصوات.

وقد أدت الثورة الصناعية واستعمال الآلات إلى تشكيل مخاطر على البيئة كان لها تأثير سيىء على صحة الأفراد وعرّض الناس للكروب غير المنظمة والإصابات والتعرض للكيماويات. كذلك نتج عن الثورة الصناعية الهجرة غير المنظمة إلى المدن بحثاً عن فرص للعمل، وأدى ذلك بدوره إلى الفقر والازدحام والمعيشة في ظروف غير صحية وانتشار الأمراض المعدية مثل السل.

كما أدت الاحتياجات المتزايدة إلى جعل الناس يعملون لساعات تفوق ساعات الراحة والنوم أو الاهتمام بالتغذية مما نتج عنه كثرة الإصابات والحوادث وأحياناً الموت.

وقد نتج عن التطور العلمي والصناعي تغير في البيئة الاجتماعية، وتغيرت طريقة حياة الناس، وتأثرت العلاقات الاجتماعية والمسئوليات. وقد أدى هذا التغير السريع في البيئة الحديثة إلى جعل الأفراد غير قادرين على التكيف، الأمر الذي قلل من كفاءتهم ومن قدرتهم على التمتع بالحياة.

وهناك تغيرات تتدخل في دورة الحياة مثل عناصر البيئة الطبيعية تمثل مخاطر على الصحة مثل الميكروبات والنباتات والحيوانات والطقس والإشعاع والمواد الكيميائية الطبيعية الموجودة إلى جانب مخاطر أخرى مثل الزلازل والبراكين. وهناك عناصر أخرى تنتج من تدخل الإنسان مثل حالات الانتحار وتدمير الجينات الوراثية والتسمم والتلوث.

وهناك أجزاء كثيرة توجد في البيئة وينتج عنها مخاطر صحية مثل المواد الكيماوية السامة، والإشعاعات، وسوء عمل نظم الصرف الصحي وعدم كفايته، والضوضاء... إلخ وقد صنف العلماء تلوث الهواء، سواء الهواء الجوي المحيط أو الهواء داخل المنازل، والتعرض

للكيماويات من المصانع والمزارع وتلوث مياه الشرب، على أنها من أكثر العوامل التي تسبب مخاطر على حياة الإنسان. ويتلو هذه المخاطر من حيث الأهمية المبيدات الحشرية وتلوث المسطحات المائية، والمواد السامة.

وجدير بالذكر أنه على الرغم من المعرفة التامة بالعلاقة بين البيئة المحيطة وصحة الإنسان لكنه أصبح غير قادر على ملاحقة مشكلة التلوث، وهناك ثلاثة مخاطر رئيسية للبيئة تؤثر على الأفراد:

أ - التعرض لمواد مسرطنة carcinogen

ب - التعرض لمواد تسبب تشوه الأجنة teratogens

ج - التعرض لمواد تحدث تغيرات وراثية mutagens

صحة البيئة وعلاقتها بالمجتمع

تلعب البيئة دوراً أساسياً في صحة المجتمع. والبيئة الصحية هي جزء من صحة المجتمع التي تهتم بدورها بأشكال الحياة والمواد والقوى وجميع الحالات التي تحيط بالناس والتي من الممكن أن تؤثر على صحتهم وسعادتهم وكفاءتهم في العمل.

والأمراض البيئية التي تصيب أفراد المجتمع شائعة بالرغم من الجهود التي تبذل للإقلال منها مثل الأمراض المنقولة بالهواء (airborne) وما تسببه الطفيليات والتعرض للكيماويات والغازات والأبخرة وتلوث المياه... إلخ.

وتتمثل صحة المجتمع في صحة الأفراد الذين يعيشون فيه، وقد سبق مناقشة العلاقة بين صحة البيئة وعلاقتها بصحة الفرد. وعلى الرغم من أن الإنسان قادر على مكافحة معظم ما يتعرض له من ملوثات، إلا أن التعرض للتلوث البيئي يسبب شكلة صحية عند بعض الأفراد ذوي الحساسية أو عند بعض الفئات مثل الأطفال وكبار السن. وتتمثل صحة البيئة في تزويد المجتمعات السكانية بالمياه النظيفة وإمدادهم بشبكات الصرف الصحي وجمع القمامة والمخلفات والتخلص من الحشرات والقوارض وتوفير الأماكن الصحية وأماكن الترفيه والاهتمام بالغذاء كيفاً وكمّاً، وكذلك التحكم في مصادر التلوث والإقلال من المخاطر وتحويل الفضلات إلى أشياء نافعة. وعلى المجتمع حماية المصادر الطبيعية البيئية ووضع قوانين لذلك مثل حماية الأشجار والغابات والأراضي الزراعية والأنهار.

وصحة البيئة هي مسئولية المجتمع ككل سواء عبر مؤسساته الحكومية أو غير الحكومية، ويجب أن تتعاون جميع الجهات لحل المشكلات الصحية البيئية الناتجة عن تزايد عدد السكان وتوسع رقعة المجتمعات الصناعية والمدنية. ويتطلب الإبقاء على بيئة نظيفة خالية من الملوثات مبالغ مالية كبيرة، ومن الصعب التكهن بالتكاليف التي ينبغي تقديمها لقاء تنظيف البيئة المحيطة من الملوثات. لكن في نفس الوقت يجب أن نعرف بأن صحة البيئة المحيطة لا يعادلها ثمن إذا قورنت بما يسبّب التلوث من ضيق في التنفس أو آلام في الصدر

أو السعال، أو بتكاليف علاج الأمراض الصدرية المزمنة أو السرطان أو ساعات العمل الضائعة أو طبيعة الحياة التي يحياها المريض.

صحة البيئة وعلاقتها بالمنزل

هناك ارتباط وثيق بين ظروف المنزل وصحة الأفراد المقيمين فيه. ورغم أن المنزل هو مكان خاص بأصحابه، إلا أنه في نفس الوقت جزء من البيئة المحيطة ومن المجتمع. وبعبارة أخرى، تلعب ظروف المنازل الصحية دوراً أساسياً في صحة البيئة، والعكس بالعكس، حيث إن صحة البيئة المحيطة تؤثر في صحة المنازل. وهناك مقاييس أساسية لصحة المنازل والبيئة تُعتمد للإيفاء بحاجات الإنسان الأساسية وتوفير الوقاية له من الأمراض، وإعطائه الحماية ضد المخاطر الصحية والحياتية.

وفيما يلي موجز للعوامل التي تؤثر في صحة المنازل والبيئة

أ ـ الازدحام:

يضاعف الازدحام عموماً من انتقال الأمراض المعدية، وقد أثبتت الأبحاث أن نسبة حدوث الأمراض المعدية في الأماكن المزدحمة تكون أكثر قياساً بالأماكن غير المزدحمة، ومثال ذلك مرض السل الرئوي. ومن جهة أخرى، يجب أن يوفر المنزل الصحي الخصوصية لأفراده ويعطي الفرصة للحياة العائلية والاجتماعية. ويؤدي وجود أماكن فسيحة للناس إلى الإحباط والأمراض النفسية.

ب ـ الوقاية من الأمراض المعدية:

للوقاية من الأمراض المعدية يجب أن يكون المنزل صحياً يتوفر فيه الماء النظيف غير الملوث وبكمية تكفي احتياجات الأسرة، وأن يكون جيد التهوية تدخله أشعة الشمس وجيد الإضاءة وفيه عدد كاف من النوافذ، ومراحيض نظيفة ونظام صحي للصرف الصحي وللتخلص من القمامة، ويكون خالياً من الحشرات والقوارض وبه أدوات لحفظ الطعام.

ج ـ البناء:

يراعى في البناء مجموعة المنازل في الحي ككل والمنزل منفرداً. ويراعى في المنازل ككل المساحات بينها وخصوصية المنزل واتساع الشوارع ووجود أماكن مزروعة وحدائق وأماكن للسيارات ووسائل منع الحوادث وأنظمة الصرف الصحي ومستوعبات جمع القمامة... إلخ.

أما في المنزل فتراعى إجراءات منع الحوادث والأرضيات والسلالم والحواجز، والبناء بطريقة تجنب الإنسان الإصابات والحروق وتمنع انتشارها وتوفير طريقة للخروج في حالات الحوادث والحرائق والزلازل، وكذلك وسائل للحماية من الصدمات الكهربائية أو التسمم بالغازات. كذلك يراعى في البناء الأشياء التي تؤثر في صحة البيئة مثل اختيار مواد البناء

والمراحيض وطرق الصرف الصحي الداخلي ووضع السخانات وطرق التدفئة والتخلص من أول أكسيد الكربون.

د ـ التعرض لمادة الرصاص:

وجد أن زيادة نسبة الرصاص عن الحدّ المسموح به دولياً يصيب الإنسان بالتسمم وخاصة الأطفال تحت سن الست سنوات. ولتجنّب التعرض لمادة الرصاص السامة، يجب عدم استعمال مواد الطلاء التي تحتوي على رصاص في تركيبها وكذلك الأطعمة المعلبة في علب يدخل الرصاص في تركيبها.

هـ ـ الصحة العقلية:

تنعكس الظروف البيئية والمنزلية المحيطة بالفرد على صحته العقلية. وتؤدي البيئة الفقيرة إلى عدم تقدم الإنسان وشعوره بالدونية، وهذا بدوره يؤدي إلى عدم الاهتمام بالنظافة العامة أو المظهر أو الممارسات الصحية.

دور ممرض صحة المجتمع في الحفاظ على صحة البيئة

من المعروف أن التقدم العلمي والثورة الصناعية والهجرة المستمرة من الريف إلى المدن، وما صاحب ذلك من ازدحام وتلوث بيئي وتغير في النواحي الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والصحية قد سبب تغيراً في البيئة وأصبح لزاماً على ممرض صحة المجتمع بدوره أن يواكب هذه المتغيرات.

ودور الممرض في هذا المجال هو جزء من مجموعة عمل تضم الطبيب والمشرف الاجتماعي والأنثروبولوجي والمثقف الصحي وإخصائي التغذية والمهندس الصحي وآخرين. وقد أصبح المريض والعائلة والمجتمع جزءاً من مجموعة عمل هدفها المحافظة على البيئة والسيطرة على المخاطر البيئية. وفي هذا المجال يعمل الممرض مع الأفراد والعائلات ومجموعات المجتمع منفردين ومجتمعين.

ويجب على الممرض أن يتفهم المخاطر الطبيعية والكيميائية والنفسية والاجتماعية التي يتعرض لها الأفراد ومصادر التلوث والحوادث والأمراض المعدية وطرق انتشارها وأنواع المخاطر البيئية وتأثيرها على الأفراد والمجتمعات. كما يجب عليه أيضاً الإلمام بمصادر جمع المعلومات بالمؤسسات الصحية المتوافرة في المجتمع وبالجهات المهتمة بالبيئة سواء كانت حكومات أو هيئات أو أفراد، وما هي البرامج المتوفرة لحماية البيئة ودور الصحافة ووسائل الإعلام في نشر الوعي البيئي. ومن أهم أدوار الممرض في هذا المجال تغيير السلوك والممارسات الخاطئة عن طريق التثقيف الصحي.

ومن أمثلة ذلك:

- التعريف بالمخاطر البيئية والصحية ومخاطر العمل وتعريف العمال بالمخاطر التي من

الممكن أن يتعرضوا لها وإجراءات الأمن التي يجب اتباعها عند العمل في مصانع الكيماويات مثلاً، أو مخاطر الضوضاء والحماية من الحوادث؛

- في أثناء زيارات الأسر بمنازلهم يجب ملاحظة المياه والإضاءة والضوضاء وجمع القمامة والصرف الصحي والتربة والغذاء والكهرباء ومصادر التلوث ووجود مدخنين ووجود أفران داخل المنازل... إلخ. كذلك ملاحظة وجود كيماويات أو أسمدة في المنازل وطرق حفظها وبعدها عن الأطفال، ووجود كبار السن وطرق حمايتهم من الانزلاق والحوادث، وما إذا كان أحد أفراد الأسرة مصاباً بالربو الشعبي وأبعاده عن الأماكن المتربة؛
- بالنسبة للبيئة المدرسية، على الممرض أن يُقيِّم حالة المبنى والسلالم وقاعات الصفوف والتهوية ومستوى الضوضاء ووجود الماء النقي وحالة النظافة والصرف الصحي وأماكن جمع القمامة وطرق التخلص منها ووجود حشرات ووجود أطفال يعانون من أمراض معدية. كذلك عليه تقييم أماكن اللهو والمختبرات المدرسية والكيماويات؛
- أما في المؤسسات الصحية فيقع على الممرض عبء تقديم العناية التمريضية للمرضى والأصحاء، والملاحظة المستمرة للعوامل التي تسبب التلوث، والتثقيف الصحي والممارسات الصحية، بالإضافة إلى مراقبة العاملين ومناقشة المشكلات البيئية والاشتراك في عمل البرامج التي تحافظ على البيئة.

أسئلة ونشاطات

1 ـ ما هي البيئة الصحية؟ وما هي العوامل التي تؤثر فيها؟

2 ـ انظر إلى البيئة المحيطة بمنزلك... وناقش مصادر تلوثها، والإرشادات الصحية التي يجب اتباعها للحد من التلوث.

3 ـ قارن بين الأمراض والمشكلات الصحية التي تنتج عن شرب ماء ملوث، والمعيشة في جو ملوث.

4 ـ اشرح كيف يؤثر استعمال المبيدات الحشرية على صحة البيئة.

5 ـ وضح دور صحة البيئة وعلاقتها بكل من:

أ ـ المنزل؛

ب ـ الفرد؛

ج ـ المجتمع.

6 ـ ضع خطة تمريضية تفصيلية توضح دور الممرض في الحفاظ على صحة البيئة المحيطة.

مراجع للاستزادة

(1) منى مجيد شابو ووجيهة علي مشتاق، تمريض صحة المجتمع، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي (1989). جامعة بغداد ـ كلية التمريض.

(2) Green L. and Ohoson J., Community Health, (7th ed) (1994). Philadelphia: Mosby Year book Inc.

(3) Hinchliefm S., Normaa S. and Schober J., Nursing Practice and Health Care. (1990) Britain: Bath Press.

(4) Pruitt B.E., Stein J., Health Styles Decisions for Living Well. Philadelphia: (1994) Saunders College Publishing.

(5) Rom W.N., Environmental and Occupational Medicine, (2nd ed). (1992). Toronto: Brown Comp.

(6) Wnuston A.L., The Individual, Society, and Health Behavior. (1965). New York: Russell Sage Foundation.

الوحدة الخامسة

صحة الفرد والأسرة

الفصل الأول: تطور الفرد ورعايته من الولادة حتى مرحلة الشيخوخة

الفصل الثاني: صحة الأسرة

الفصل الثالث: الرعاية التمريضية المنزلية

الفصل الرابع: قضايا أسرية اجتماعية: العنف في الأسرة

الفصل الأول

تطور الفرد ورعايته
من الولادة حتى مرحلة الشيخوخة

يمرّ كل كائن حي كما خلقه الله بمراحل يختلف بعضها عن بعض، لكنها منتظمة ومنفصلة. وتؤثر كل مرحلة في المرحلة اللاحقة في مظهر النمو الجسمي والفيزيولوجي والحركي والعقلي والحسي والانفعالي والاجتماعي والجنسي، وأي اضطراب في أحد هذه المظاهر ينعكس على المجالات الأخرى. لذلك فالنمو هو عبارة عن تغيرات متتابعة ومتماسكة تهدف إلى الوصول للنضج واستمراره وتتضح من خلاله قدرات الفرد وخصائص شخصيته.

يحدث النمو في كافة مظاهره على شكل تطورات وتغيرات يتعرض لها الفرد سواء كان جنيناً أم رضيعاً أم مراهقاً أم راشداً أم شيخاً. ويمر هذا النمو بمراحل تميز كل منها بخصائص واضحة. وتبرز أهمية دراسة النمو في زيادة معرفتنا بالطبيعة الإنسانية وتحديد معايير النمو، وفي مساعدتنا على رعاية الأطفال والمسنين وذلك بمعرفة العوامل المؤثرة على النمو. أما العوامل التي تؤثر في النمو فهي: الوراثة والبيئة والتكوين البيولوجي والتغذية والنضج والتعلم. وفي هذا الفصل سوف نتعرف على النمو والتطور في مراحل الحياة، ومن ثم سنقدم مهام وواجبات ممرض صحة المجتمع في رعاية الأطفال دون سن المدرسة، ورعاية المراهقين والشباب ورعاية المسن سواء في منزله أو في دور رعاية المسنين.

الأهداف

عند الانتهاء من هذا الفصل على القارىء أن يكون قادراً على أن:

1 ـ يعدد العوامل التي تؤثر في النمو؛

2 ـ يشرح تطور الفرد واحتياجاته في مراحل النمو المختلفة؛

3 ـ يطبق العملية التمريضية في جميع مراحل رعاية الطفل؛

4 ـ يعدد المشاكل الصحية للشباب؛

5 ـ يناقش المشاكل الصحية والاجتماعية للمسنين وطرق معالجتها لضمان المحافظة على صحتهم وتعزيزها؛

6 ـ يطبِّق دور ممرض صحة المجتمع في رعاية المسنين؛

وسنعرض فيما يلي النمو والتطور اللذين يحدثان خلال كل مرحلة من مراحل الطفولة.

مرحلة الطفولة

1ـ النمو لدى الوليد ومظاهره

يخرج الوليد المكتمل النمو وجلده مغطى بمادة دهنية شمعية تزول من تلقاء نفسها بعد عدة ساعات، ويكون لونه مائلاً إلى الاحمرار ويكون الوزن عند الولادة ما بين 2.5-4 كغم ويبدأ بالتناقص في الأسبوع الأول بعد الولادة. ويعود سبب ذلك إلى تأخر قيام الجهاز الهضمي بعمله لبعض الوقت. لكن هذا الوزن يبدأ بالزيادة بمعدل حوالي 250 غم في الأسبوع ويكون الطول مابين 45-50 سم يزداد بحدود 25 سم في أول سنة. وتكون العظام لينة. أما عظم الرأس فيكون مقسوماً إلى يافوخين، يافوخ أمامي ويافوخ خلفي ويغلق الخلفي في مدة أقصاها الشهر الرابع أما الأمامي فينغلق في مدة تتراوح بين الشهر التاسع والشهر الثامن عشر من العمر.

النمو الفيزيولوجي: يكون التنفس أسرع عند الطفل منه عند الكبار ثم يبطء مع النمو. ويكون ضغط الدم عند الطفل أقل منه عند الكبار. ويتبرز الطفل أربع أو خمس مرات في اليوم ويبول حوالي 18 مرة في اليوم. ويقضي الوليد معظم وقته نائماً، وأهم أوجه نشاطه هي الأكل والنوم والإخراج.

النمو الحركي

- يقضي الوليد معظم وقته مستلقياً على ظهره؛
- تكون حركاته عشوائية، تلقائية، متنوعة، سريعة، غير منتظمة؛
- ويكون سلوكه بمعظمه انعكاسياً، مثل انعكاس المص والبلع والعطس والإمساك والقبض؛
- يستجيب بكل جسمه للمثيرات الخارجية مثل الضوء القوي.

النمو الحسي

أ ـ **البصر:** العين في هذه المرحلة هي أقل الحواس كمالاً، إلا أن الحساسية للضوء تكون موجودة منذ الولادة. وتستجيب العين للضوء الساطع وتتابعه ويكون التناسق بين العينين غير تام منذ الولادة حتى نهاية الشهر الثاني.

ب ـ **السمع**: يكون جهاز السمع كاملاً عند الوليد، لكن عند ولادته توجد مادة سائلة، هي السائل السلوي amniotic fluid، في قناة إستاكيوس (النفير) في الأذن تمنع الوليد من الاستجابة السمعية. وبعد بضعة أيام تزول هذه المادة ويبدأ الوليد بسماع الأصوات العالية والفجائية والمتوسطة ولكن من دون أن يسمع الأصوات المنخفضة.

ج ـ **حاسة الشم**: لا يميز الوليد الروائح (ضعف بدائي).

د ـ **حاسة الذوق**: تكون حاسة الذوق ضعيفة عند المولود، ويكون حساساً للمواد المرة والحلوة والمالحة ويحب الحلوة فقط.

هـ ـ **الإحساسات الحشوية**: الإحساس بالجوع والعطش يدفعه إلى البكاء، ويكون إحساسه بالألم ضعيفاً في الأسبوع الأول لكنه موجود.

و ـ **الإحساسات الجلدية**: تكون حاسة اللمس قوية عند المولود، مثلاً لمس شفتي الوليد ينتج عنه حركة المص، ولمس أنف الوليد ينتج عنه إغماض العينين.

النمو اللغوي

هنا لا بد من ذكر أن صيحة الميلاد، وهي بداية التنفس والصراخ، تعبر عن حالة الطفل الانفعالية. وينتج عن الصراخ اندفاع الهواء بقوة عبر الحنجرة في طريقه إلى الرئتين فتهتز الحبال الصوتية لأول مرة ومن ثم تغلق الثقبة البيضوية oval foramen بين البطين الأيمن والبطين الأيسر.

النمو الانفعالي

يكون البكاء ظاهرة عادية، ويتأثر الطفل بالحالة النفسية للأم. ويصاحب الانفعال زيادة ضربات القلب واحتقان الوجه وسرعة التنفس وانقباض عضلات المعدة وازدياد التوتر العصبي.

2 ـ النمو لدى الرضيع (شهر ـ عامان) ومظاهره

النمو الجسمي

يبدأ ظهور الأسنان في الشهر السادس تقريباً. ويختلف العمر الذي تظهر فيه الأسنان اللبنية من طفل إلى آخر، فقد تظهر في سن مبكرة أو قد يتأخر ظهورها. ويبلغ عدد الأسنان اللبنية 20 سناً أما الدائمة فيبلغ عددها 32 سناً.

ـ يزداد التحكم في العضلات ويزداد حجمها.

ـ يزداد الطول زيادة مطردة، وبعد أربعة أشهر يصبح طول الطفل 60 سم وبعد السنة يصبح 75 سم وبعد السنتين يصبح 85 سم.

- يزداد الوزن زيادة مطردة، فبعد خمسة أشهر يصل وزنه إلى ما يقارب 6 كغم.
- ينمو الرأس لكن بمعدل أبطأ من الأطراف، إذ يصبح محيط الرأس حوالي 40 سم بعد شهرين، و45 سم في الشهر السابع، و47 سم في نهاية العام، و49 سم في نهاية العامين.

النمو الفيزيولوجي

ينمو الجهاز العصبي بسرعة كبيرة حيث تستمر الخلايا العصبية في النمو ويزداد التحكم في الحركات الإرادية. وينمو الجهاز التنفسي وتزداد سعة الرئتين للهواء، أما الجهاز الهضمي فيلاحظ أن معدة الرضيع تكون صغيرة وتفرغ بسرعة، ولهذا فهو يأخذ كميات صغيرة من الغذاء لمرات كثيرة. أما عملية الإخراج فيلاحظ أن الرضيع ليس له قدرة على ضبط هذه العملية، ومع استمرار النمو تسبق عملية الإخراج عملية التبول. أما النوم فيكون على الشكل التالي:

- من شهر لغاية 6 أشهر 15 ساعة نوم؛
- من 6 أشهر لغاية 12 شهراً 14 ساعة نوم؛
- من 12 شهراً لغاية 18 شهراً 13 ساعة نوم؛
- من 18 شهراً لغاية 24 شهراً 13 ساعة نوم.

النمو الحركي

يتحكم الرضيع في حركة الرأس أولاً ثم الجذع فالأطراف، ويبدأ برفع أجزاء جسمه ثم يجلس ثم يقف ثم يمشي وبعد ذلك يركض. والمشي أهم صفة من صفات النمو الحركي فهي متصلة بالنمو العقلي والاجتماعي. يبدأ الطفل باكتشاف العالم المحيط به، وتتطور قدرته على تناول الأشياء والقبض عليها ويصبح قادراً على مسك الأشياء. ويتطور السمع لديه ويميز الأصوات ويدرك مصدر الصوت في الشهر الخامس. بالنسبة إلى الإحساسات الحشوية نلاحظ أن الرضيع يبدأ في التحكم بالتبرز ثم التبول في منتصف العام الثاني ويخضع ذلك للتدريب والنضج. أما حاسة الشم فتتطور وكذلك حاسة الذوق حيث يبدأ بالتميز بين الحلو والمالح والحامض ويفضل دائماً الحلو. وتتطور لديه الإحساسات الجلدية كاللمس والضغط والإحساس بالسخونة والبرودة مع تطور النمو.

النمو اللغوي

- يصدر الرضيع أصواتاً متنوعة تفهمها الأم.
- يصدر أصواتاً عشوائية مشابهة للأصوات البشرية ويستجيب لما يقال له في الشهر الثاني عشر.

- كذلك تظهر عند الرضيع المناغاة التلقائية ويبدأ بلفظ الأحرف الشفوية مثل (ب ب، م م) يليها الأحرف الحلقية ثم السينية ثم الانفية وهكذا.
- يبدأ بنطق الكلمة الأولى في الشهر التاسع تقريباً وقد يتأخر ذلك إلى الشهر الخامس عشر، لكن يجب الاهتمام بهذا المظهر لأن التأخر في الكلام قد يعني ضعف الذكاء أو التخلف.

النمو الانفعالي

- يبكي الطفل كثيراً؛
- يحب الطفل والديه وإخوانه؛
- يعبر عن الخوف بالبكاء ويغضب إذا كان غير مرتاح؛
- يظهر الغيرة بشكل كبير إذا شاركه أحد في محبة والديه.

النمو الاجتماعي

- يبدأ الرضيع بالاستجابة الاجتماعية في النصف الأول من العام الأول وكذلك يمرح إذا داعبه أحد؛
- في نهاية السنة الأولى يكوّن علاقات اجتماعية مع الكبار؛
- في السنة الثانية يزداد اتساع البيئة الاجتماعية ويحب اللعب الفردي غير التعاوني.

3 ـ مرحلة الطفولة المبكرة (ما قبل المدرسة من 3 إلى 6 سنوات) ومظاهرها

النمو الجسمي

- تستمر الأسنان في الظهور ثم يبدأ تساقطها لتظهر الأسنان الدائمة؛
- ينمو الرأس نمواً بطيئاً ويصبح في نهاية المرحلة مثل حجم رأس الراشد؛
- تنمو الأطراف نمواً سريعاً؛
- يزداد الطول والوزن ويزداد نضوج الأجهزة العظمية للطفل؛
- يزداد النمو العضلي.

النمو الفيزيولوجي

- ينمو الجهاز العصبي حيث يصل وزن المخ إلى 90% من وزنه الكامل عند الراشد؛
- يزداد نمو الجهاز العضلي والهيكلي؛
- يصبح التنفس أكثر عمقاً وأبطأ من ذي قبل؛

- يتم في هذه المرحلة ضبط الإخراج؛
- تتراوح ساعات النوم بين 11 و 12 ساعة وتقل مع التقدم في السن؛
- يزداد حجم المعدة ويستطيع هضم الطعام الجامد.

النمو الحركي

- عند بلوغ الطفل عمر السنتين ونصف، يصبح قادراً على صعود السلالم وبناء برج من 8 مكعبات، ويستطيع الوقوف على رجل واحدة ويخط خطاً افقيًا؛
- عندما يبلغ الثلاث سنوات يستخدم القلم، ويرسم دائرة ويطوي قطعة ورق ويقف وقوفاً مفاجئاً ويمشي على أطراف أصابعه ويبني برجاً من 10 مكعبات؛
- في السنة الرابعة يقلد الرسم ويتبع ممرات الطرق المرسومة ويقفز أثناء الجري ويرسم دائرة؛
- في السنة الخامسة يقلد رسم مثلث ومربع ويربط الحذاء ويرسم صورة إنسان بسيطة؛
- في السنة السادسة يقلد رسماً معيناً.

النمو الحسي

يلاحظ في بداية هذه المرحلة الإدراك الحسي للأشياء وعلاقتها بالمكان. فالطفل في البداية لا يفرق بين اليمين واليسار ومع تقدم العمر يتعلم الاتجاهات ويدرك الالوان والاشياء ويتعرف على الأشكال. ويدرك الطفل الاحجام في عامه الثالث وكذلك الأوزان، وفي السنة السادسة يستطيع أن يعد على أصابعه وأصابع الآخرين. ويدرك الطفل في السنة الثالثة الزمن والمستقبل، وفي الخامسة يدرك تماماً تسلسل الحوادث ويعرف الأيام وعلاقتها بالأسبوع، ويميز البصر والالوان ويتطور السمع، ويفضل الطفل الإيقاع الموسيقي السريع.

النمو اللغوي

- يصبح التعبير اللغوي أكثر وضوحاً ودقة وتعبيراً؛
- يتحسن النطق؛
- يزداد فهمه لكلام الآخرين.

النمو الانفعالي

- تتكوّن الانفعالات المركزة حول الذات مثل الخجل؛
- يزداد الخوف من الظلام والحيوانات والأشباح؛
- تظهر نوبات الغضب المصاحبة للاحتجاج اللفظي؛

- في نهاية المرحلة يستقر الطفل عاطفيًا.

النمو الاجتماعي

تستمر عملية التنشئة الاجتماعية بالأسرة ويزداد التفاعل مع جماعة الرفاق وتنمو الصداقة ويستقل الطفل، فيتناول الطعام لوحده ويرتدي ملابسه لوحده.

النمو الجنسي

- يكثر الطفل من الأسئلة الجنسية (كيف يولد ومن أين)؛
- يكثر اللعب بالأعضاء التناسلية.

4 ـ أنواع النمو ومظاهره في مرحلة الطفولة الوسطى (مرحلة المدرسة من 6 إلى 9 سنوات)

النمو الجسمي

- تبدأ سرعة النمو الجسمي في التباطؤ؛
- يصل حجم الرأس إلى حجم رأس الراشد؛
- يتغير الشعر الناعم إلى شعر أكثر خشونة؛
- يزداد طول الجسم بنسبة 5% والوزن بنسبة 10% في السنة؛
- تتساقط الأسنان اللبنية وتظهر الأسنان الدائمة.

النمو الفيزيولوجي

- يتناقص معدل التنفس ويزداد ضغط الدم؛
- يقل عدد ساعات النوم بالتدريج ويكون متوسط فترة النوم حوالي 11 ساعة؛
- يزداد طول وسمك الألياف العصبية.

النمو الحركي

- تنمو العضلات الكبيرة والعضلات الصغيرة؛
- يحب الطفل العمل اليدوي وتركيب الأشياء؛
- يبدأ في هذه المرحلة النشاط الزائد وتعلم المهارات الجسمية مثل لعب الكرة والتسلق؛
- تتهذب الحركة عند الطفل وتختفي الحركات الزائدة؛

- يستطيع الطفل أن يلبس بنفسه ويشبع حاجاته ويرعى نفسه؛
- يستطيع الكتابة ويرسم طفلاً بوضوح.

النمو الحسي

- ينمو الإدراك الحسي لدى الطفل فيدرك الفصول الأربعة، وفي سن الثانية يدرك شهور السنة، ويدرك المدى الزمني للدقيقة والساعة والأسبوع ويدرك الألوان؛
- يستمر السمع في طريقه للنضج.

النمو اللغوي

- يمتد التعبير في هذه المرحلة من التعبير الشفوي إلى التعبير التحريري؛
- تنمو قدرته على التعبير؛
- يجيد اللغة إجادة جيدة ويصل إلى مستوى الرشد في النطق.

النمو الانفعالي

- يتجه نحو الثبات في انفعالاته ويستقر ويكون لديه نوع من العناد والتحدي؛
- يعبر عن الغيرة بالضيق؛
- إذا احبط يغضب.

النمو الاجتماعي

- يستمر في عملية التنشئة الاجتماعية، ويكون العمل الجماعي لديه محدوداً. وتتسع دائرة الاتصال الاجتماعي عندما يذهب إلى المدرسة فيصبح اللعب جماعياً ويكوّن الصداقات ويزداد تعاونه مع الآخرين.

النمو الجنسي

- يلاحظ أن الاهتمام قليل بشؤون الجنس ويكون منشغلاً في النشاط الاجتماعي والتربوي؛
- تنمو الأعضاء التناسلية بمعدل أبطأ من باقي الأعضاء.

5 ـ مرحلة الطفولة المتاخرة (مرحلة المدرسة الإعدادية من 9 إلى 13 سنة) ومظاهرها

النمو الجسمي

- تستطيل الأطراف ويتزايد النمو العضلي وتقوى العظام؛

- تتابع الأسنان نموها ويزداد الطول والوزن؛
- يتحمل الطفل التعب ويقاوم المرض؛
- تتفوق الإناث على الذكور في الطول والوزن.

النمو الفيزيولوجي

- يستمر ضغط الدم بالتزايد حتى بلوغ سن المراهقة؛
- يزداد تعقد وظائف الجهاز العصبي؛
- يبدأ التغير في وظائف الغدد وخاصة الغدد التناسلية؛
- تقل ساعات النوم إلى 10 ساعات.

النمو الحركي

- نشاهد زيادة واضحة في القوة والطاقة والنشاط؛
- يلاحظ اللعب مثل الجري والمطاردة وركوب الدراجة والسباق؛
- يميل إلى العمل ويرغب في صنع شيء لنفسه؛
- ينمو التوافق الحركي وتزداد الكفاءة والمهارة اليدوية.

النمو الحسي

- يكتمل نمو الحواس، يميز الطفل الأوزان أكثر في هذه المرحلة؛
- يزداد طول البصر ويستطيع ممارسة الأشياء القريبة من بصره بدقة أكثر ولمدة أطول من ذي قبل؛
- تزداد دقة السمع ويميز الأنغام الموسيقية.

النمو اللغوي

- تزداد المفردات ويزداد فهم وإدراك الاختلافات؛
- تنضج معاني المجردات مثل الكذب والصدق؛
- يصبح هناك طلاقة في التعبير والجدل المنطقي؛
- يفهم ويستمتع إذا قرأ.

النمو الانفعالي

- يحاول التخلص من الطفولة ويستقر ويثبت في انفعالاته؛

- تقل المخاوف لديه ومظاهر الثورة.

النمو الاجتماعي

- يزداد شعوره بالمسؤولية؛
- يبتعد كل من الجنسين في صداقته عن الجنس الآخر وتظل هكذا حتى سن المراهقة.

النمو الجنسي

- يلاحظ ممارسة العادة السرية لمحاولة تخفيف نوع من التوتر، ويعتمد هنا على الأهل في التوعية بالتربية الجنسية.

دور الوالدين في رعاية الفرد في مرحلة الطفولة

- يجب الاهتمام بالمحافظة على حياته وتعليمه المشي والأكل وضبط الإخراج والمهارات الحركية والجسمية اللازمة للألعاب؛
- الاهتمام بتحقيق التوازن الفيزيولوجي؛
- تعليمه المهارات الأساسية في القراءة والكتابة والحساب والمهارات العقلية اللازمة لشؤون الحياة اليومية؛
- تعليمه قواعد الأمن والسلام؛
- الاهتمام بتعليم الدور الجنسي في الحياة؛
- تكوين المفاهيم والمدركات الخاصة بالحياة اليومية؛
- تعليم الاستقلال الشخصي والمشاركة في المسؤولية والاهتمام بتعليمه ضبط الانفعالات وضبط النفس، فرعاية الوالدين في هذه المرحلة تزيد من ارتباط الطفل بهما وبالأخوة الآخرين.

الرعاية التمريضية للطفل منذ الولادة إلى عمر ما قبل المدرسة

إن دور ممرض المجتمع هو دور معزز للصحة ووقائي يبدأ مباشرة بعد ولادة الطفل وحتى بلوغه السنة الخامسة من العمر. وسنذكر أدناه بعض أهم مهام الدور الوقائي في المنطقة العربية:

1 ـ الرضاعة الطبيعية؛
2 ـ قياس النمو؛
3 ـ التمنيع؛
4 ـ رعاية الطفل في دور الحضانة؛

5 ـ السيطرة على أمراض الإسهال عند الأطفال؛
6 ـ السيطرة على التهابات الجهاز التنفسي الحادة عند الأطفال؛
7 ـ السيطرة على الأمراض السارية عند الأطفال، بما فيها الأمراض الخمجية والاحتشائية.

1ـ الرضاعة الطبيعية Breast Feeding

إن الرضاعة الطبيعية هي الوسيلة المثالية لتغذية الطفل الرضيع، ويجب أن تبدأ الرضعة الأولى على طاولة الولادة حتى يحصل الطفل على اللبأ colostrum والذي يعتبر اللقاح الأول الذي يقيه من الأمراض. وعلى الممرض أن يقوم بتطبيق الخطوات التالية لإنجاح الرضاعة الطبيعية وهي:

- مساعدة الأمهات على بدء الرضاعة من الثدي خلال النصف ساعة الأولى بعد الولادة؛
- تعليم الأمهات كيفية الإرضاع واستخراج الحليب في حالة غيابهن عن وليدهن؛
- الامتناع كلياً عن إعطاء الرضع الحلمات المطاطية والملهيات أو ما شابهها؛
- مشاركة الأم الرضيع في المسكن بعد الولادة 24 ساعة في اليوم؛
- تشجيع الأمهات على إرضاع أطفالهن عند الطلب وحسب حاجة الرضيع؛
- لا يعطى أي طعام أو شراب غير حليب الأم للمواليد الجدد ما لم يتم وصفه طبياً؛
- إيجاد مجموعات نسوية مساندة للرضاعة الطبيعية تساعد الأمهات في التغلب على مشاكل الرضاعة الطبيعية بعد خروجهن من المستشفى.

الأغذية التكميلية (أغذية الفطام) supplementary food: إن حليب الأم هو كل ما يحتاجه الطفل عادة إلى سن 4-6 أشهر، وتكبر حاجته عما تنتجه أمه من الحليب بعد بلوغه هذه السن. وفي هذه الأحوال يصبح حليب الأم وحده غير كاف لتلبية الاحتياجات التغذوية للطفل، ويظل حليب الأم بالغ القيمة بالنسبة للطفل حتى بلوغه العام الثاني من عمره. ويكون الطفل بحاجة إلى حليب الأم والأغذية التكميلية ما بين الشهرين الرابع والسادس. وعلى الممرض إعطاء النصائح للأمهات حول الأطعمة التكميلية خلال جلسات التثقيف الصحي مع الأمهات.

2 ـ قياس النمو Growth Monitoring

قياس النمو هو جزء من التقييم الصحي، وهذا يتم بواسطة قياس وتقييم الوليد والطفل في أوقات منتظمة وتسجيل هذه القياسات على لوحة النمو. وهنالك ثلاثة أنواع من المقاييس تستخدم لتقييم النمو وهي:

أ - الطول وسير الزيادة في الطول height؛

ب - وزن الجسم وسير الزيادة في الوزن weight؛

ج - شتى المحيطات مثل محيط الرأس head circumference ومحيط منتصف الذراع mid-arm circumference وسرعة الزيادة.

دور الممرض في قياس النمو

1- بعد قياس الوزن والطول ومحيط الرأس أو الذراع من قبل الممرض يتم تقييم حالة الطفل إن كانت طبيعية أو غير طبيعية، وشرح ذلك إلى أم الطفل على لوحة النمو. وهذا ما يدفع الأم إلى أن تساهم في تحسين نمو طفلها، مع ملاحظة أن لاتجاه منحنى النمو وليس موضعه المحدد أهمية كبرى كالآتي:

- منحنى النمو الآخذ بالارتفاع يعني أن الطفل موفور الصحة؛
- منحنى النمو المسطح هو بمثابة إشارة إنذار؛
- منحنى النمو الذي يتجه لأسفل يستدعي تدخلاً فورياً.

2 - يجب على الممرض أن يعيد القياسات في فترات منتظمة وأول قياس يكون عند الولادة والقياس الثاني والثالث بعد 15 و 30 يوماً من الولادة، ومرة كل شهر إلى نهاية الستة أشهر من عمر الطفل. وبعد ذلك يمكن قياس النمو كل 3 أشهر بين الشهر السادس والثاني عشر، وكل ستة أشهر بين عمر 12-36 شهراً ولا حاجة لقياس محيط الرأس للأطفال بعد 18 شهراً من العمر.

3 - يلاحظ الممرض أن الطول عند الولادة لطفل معافى هو 52-54 سم، ويكسب الطفل ما مجموعه 16 سم في الطول خلال الستة أشهر الأولى من عمره وما مجموعه 8 سم خلال الستة أشهر الثانية من حياته. وعند الرابعة من العمر يكون طول الطفل ضعف طوله عند الولادة.

4 - يتراوح الوزن عند الولادة للأطفال المتعافين ما بين 2.5 و 4.4 كغم.

5 - يكسب الطفل المعافى ما بين 150 إلى 250 أسبوعياً خلال الستة أشهر الأولى من عمره، و100 إلى 150 غم أسبوعياً خلال الستة أشهر الثانية من عمره، ويكسب ما معدله 50 غم أسبوعياً ما بين 12 و 24 شهراً من عمره.

6 - الوزن أكثر القياسات التي تتأثر سريعاً عند حالات المرض، وخاصة إذا كانت التغذية غير كافية، بينما تتباطأ الزيادة في الطول بعد عدة أشهر.

3 - التمنيع Immunization

التمنيع جزء أساسي من الرعاية الوقائية، وهو حق طبيعي لكل طفل. وعندما يحصل الطفل

على كل التمنيعات اللازمة فسوف يكون محمياً من الأمراض الستة الفتاكة وهي:

- التدرن tuberculosis؛
- شلل الأطفال poliomyelitis؛
- الخناق diphtheria؛
- السعال الديكي pertusis (whooping cough)؛
- الكزاز tetanus؛
- الحصبة measles.

دور الممرض في التمنيع (التحصينات)

1 ـ مراعاة مواعيد التمنيع المعتمدة من قبل منظمة الصحة العالمية للبلدان النامية كما في الجدول التالي:

العمر	اللقاح
عند الولادة	لقاح التدرن الرئوي BCG + جرعة الصفر للشلل Zeropoliovaccine
الشهر الثاني	اللقاح الثلاثي DPT لقاح شلل الأطفال **TOPV
الشهر الثالث	اللقاح الثلاثي DPT لقاح شلل الأطفال TOPV
الشهر الرابع	اللقاح الثلاثي DPT لقاح شلل الأطفال TOPV
الشهر التاسع	لقاح الحصبة Measles
الشهر الخامس عشر	الحصبة المختلطة (الحصبة/النكاف/ الحصبة الألمانية) MMR
بين عمر 16-24 شهراً	اللقاح الثلاثي DPT لقاح الشلل TOPV (الجرعة المنشطة الأولى)
5-6 سنوات	اللقاح الثلاثي DPT لقاح الشلل TOPV * لقاح التدرن الرئوي BCG

* DPT: Diphtheria, Pertussis, Tetanus

** TOPV: Trivalent Oral Poliomyelitis Vaccine

- يمكن إعطاء اللقاح الثلاثي ولقاح شلل الأطفال كل شهرين بدلاً من كل شهر؛
- في بعض بلدان المنطقة يعطى لقاح التهاب الكبد الفيروسي نوع (ب) hepatitis B مع الجرعات الأولى والثانية والثالثة من اللقاح الثلاثي وشلل الأطفال.

2 ـ مراعاة أن تكون الفترة الزمنية بين الجرعات 4 أسابيع كحد أدنى للقاحات التي يتطلب إعطاؤها أكثر من جرعة واحدة.

3 ـ يجب أخذ تاريخ مفصل حول اللقاحات المأخوذة سابقاً وفيما إذا كان هنالك أي تفاعل أو مضاعفات ناتجة عن إعطائها.

4 ـ يجب توفير حقنة الإدرينالين عند كل جلسة تطعيم.

5 ـ يجب على الممرض المشاركة في البرامج والسياسات الصحية، مثل سياسة القضاء على مرض شلل الأطفال في عام 2000 وذلك من خلال عمل الآتي:

(أ) التغطية التمنيعية الاعتيادية؛

(ب) إعطاء جرعة الصفر من لقاح شلل الأطفال الفموي خلال الشهر الأول من عمر الطفل:

(ج) تلقيح الملامسين في حالة حدوث إصابات في منطقة معينة؛

(د) عمل أيام وطنية من خلال حملات صحية لتلقيح جميع الأطفال ما دون الخامسة من العمر؛

(هـ) التأكيد على التحري الوبائي للمرض من خلال تسجيل ومتابعة جميع حالات الشلل الرخو acute flaccid paralysis؛

(و) الاحتفاظ ببرودة اللقاح مع تهيئته للتوزيع إلى حين استلامه وإعطائه للطفل، وهذه العملية تدعى سلسلة التبريد cold chain؛

(ز) كما يجب على الممرض المشاركة في السيطرة على مرض الكزاز الوليدي وذلك من خلال المشاركة في عمل حملات في المناطق ذات الخطورة العالية، والتأكيد على تغطية الأطفال والأمهات، وكذلك المشاركة في تطبيق برامج لتدريب القابلات الأهليات لتوفير ولادة آمنة بأيدٍ متدربة؛

(ح) المشاركة في سياسة السيطرة على مرض الحصبة.

4 ـ رعاية الطفل في دور الحضانة Nursery

إن مرحلة الطفولة المبكرة هي من أهم وأخطر مراحل العمر في حياة الإنسان، ولهذا فإنها تحظى باهتمامات المختصين في المجالات التربوية والصحية والاجتماعية. ويتم إنشاء دور الحضانة لكي تعمل على تهيئة بيئة صحية واجتماعية للطفل تسودها الأمومة الواعية والعناية الجيدة.

دور الممرض في رعاية الطفل في دور الحضانة

1 ـ الإشراف على غذاء الأطفال من حيث النظافة والتكوين وسلامة القائمين به وفق القواعد الصحية.

2 ـ الإشراف على النواحي الصحية في الحضانة.

3 ـ المشاركة في فحص الأطفال بصورة دورية وخاصة منحنى السمع والبصر

والنطق وقياس نمو الطفل وتطوره والتأكيد على وزن الطفل شهرياً.

4 ـ اتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع انتشار الأمراض السارية وإخبار الجهات المختصة عند حدوث أي مرض وبائي.

5 ـ إحالة الأطفال المرضى إلى العيادات التخصصية عند الحاجة.

6 ـ الإشراف على مواعيد اللقاحات حسب الجداول المخصصة لذلك.

7 ـ تسجيل الملاحظات والبيانات في الاستمارة المخصصة لذلك.

8 ـ التأكد من خلو العاملين في الحضانة من الأمراض السارية وذلك بمراجعة الفحوص التي تجرى لهم من قبل الجهات الصحية.

9 ـ المشاركة بإجراء دورات لكافة العاملين في الحضانة تشمل التربية الصحية ومعلومات حول رعاية الطفل في الحضانة.

10ـ الإشراف على نظافة البناية.

11ـ الإشراف على عمل المربيات في النواحي الصحية.

12ـ عقد ندوات مع الإدارة والمرشدات والمربيات لشرح طرق الوقاية من بعض الأمراض الشائعة بين الأطفال.

5 ـ السيطرة على أمراض الإسهال عند الأطفال Control of Diarrheal Diseases

في أيار/مايو 1978 طالبت جمعية الصحة العالمية الحادية والثلاثون بحملة منسقة على أمراض الإسهال كجزء من الالتزام العالمي تجاه الرعاية الصحية الأولية وتوفير الصحة للجميع بحلول عام ألفين. وقد بدأ برنامج الصحة العالمية لمكافحة أمراض الإسهال الذي يركز على الرضع وصغار الأطفال وذلك من خلال الترويج للاستراتيجيات التالية:

(أ) خفض الوفيات: وذلك بالعلاج الصحيح للإسهال الحاد باكراً بقدر الإمكان، مع التركيز على المعالجة بتعويض السوائل بالفم مصحوباً بتثقيف الأمهات بشأن التغذية الملائمة للأطفال أثناء الإسهال وفي دور النقاهة.

(ب) خفض الوفيات والمراضة بالتشجيع على:

- تحسين التغذية لاسيما بالإرضاع المستمر طوال السنة الأولى من الحياة واتباع ممارسات صحية للفطام.
- استعمال ماء مأمون وحماية الماء من التلوث.
- ممارسة القواعد الشخصية والمنزلية لحفظ الصحة، وعلى الأخص التخلص الصحي من الفضلات (استعمال المراحيض والعناية في التخلص من براز الرضع)، وغسل الأيدي.

دور الممرض في السيطرة على أمراض الإسهال الحادة عند الأطفال

1 ـ تقييم حالة الأطفال المصابين بالإسهال وتطبيق الأسس الصحيحة للتدبير السريري والمنزلي لعلاج حالات الإسهال.

2 ـ تقديم التوعية الصحية للأمهات على الشكل التالي:

أولاً: تمييز العلامات الخطرة للجفاف والتي يتطلب فيها نقل الطفل إلى أقرب مؤسسة صحية.

ثانياً: إرشاد الأمهات إلى ما يلي:

- كيفية تحضير محلول العلاج بالإرواء الفموي وإعطائه للطفل المصاب.
- الاستمرار في الإرضاع وإعطاء وجبات حليب مخفف بقدر مساوٍ من الماء، وإطعام الطفل بمجرد زوال الجفاف.
- كيفية الوقاية من الإسهال ومن الجفاف.

3 ـ إحالة حالات الإسهال التي تحتاج إلى علاج إلى المستشفى.

4 ـ متابعة حالة الطفل المصاب والعلاج.

6 ـ السيطرة على الالتهابات التنفسية

إن من واجبات ممرض صحة المجتمع تطبيق برنامج مكافحة الالتهابات التنفسية الحادة لدى الأطفال دون سن الخامسة من العمر والتي تعمل في الدول النامية على خفض معدل المراضة والوفيات للأطفال بسبب الالتهابات التنفسية الحادة.

دور الممرض في السيطرة على التهابات الجهاز التنفسي الحادة Control of Acute Respiratory Infections

لكي تكون السيطرة على الأخماج التنفسية الحادة ناجحة، ينبغي على ممرض صحة المجتمع أن يكون لديه المعارف والمهارات لتطبيق البرنامج المطلوب. وعلى الممرض الذي يعمل في المناطق الريفية أن يعرف بأن عَرَضي التنفس السريع وانسحاب المسافات بين الأضلاع وفوق الترقوتين إلى الداخل هما من الصفات الأساسية التي ينبغي الاعتماد عليها في اتخاذ القرار لمعرفة ما إذا كان المريض يحتاج إلى مضاد حيوي، أو أنه بحاجة إلى إحالة إلى المستشفى. ويسهل التعرف إلى هذين العَرَضين من خلال ملاحظة تنفس الطفل. ويتلخص دور الممرض فيما يلي:

1 ـ أخذ التاريخ المرضي للطفل: (العمر، أعراض المرض، الرضاعة والحالة الغذائية).

2 ـ قياس وتسجيل العلامات الحيوية للطفل مثل: (درجة الحرارة، سرعة النبض، سرعة التنفس).

- تسجيل الوزن على لوحة النمو.
- ملاحظة وجود انسحاب في الصدر indrawing.

- ملاحظة وجود أزيز wheezing.
- ملاحظة وجود خرخرة وزرقة في اللون.
- ملاحظة وجود صعوبة وسرعة في التنفس.

3 ـ إعطاء الأم الإرشادات اللازمة لرعاية الطفل في المنزل حسب تعليمات الطبيب مثل:
- كيفية استعمال المضاد الحيوي (الجرعة، عدد الجرعات يومياً، مدة العلاج).
- طريقة تغذية الطفل (الاستمرار في الرضاعة الطبيعية)، الاستمرار في التغذية بكميات قليلة وعلى فترات متقاربة لحين الشفاء ومن ثم زيادة الغذاء.
- الإكثار من السوائل التي تعطى للطفل أثناء فترة المرض.
- استعمال سوائل مهدئة للسعال وآلام الحلق مثل (الشاي، الشاي بالليمون، اليانسون، البابونج).
- توعية الأمهات حول علامات الخطورة التي تحدث للطفل.
- مراعاة العناية بنظافة الطفل في المنزل.
- مراعاة الاهتمام بنظافة المنزل وتهويته.
- عدم التدخين داخل المنزل.

4 ـ التوعية الصحية للأمهات حول كيفية الوقاية من الإصابة بالتهابات الجهاز التنفسي ومنع مضاعفاتها، وكذلك التوعية العامة لمختلف أمراض الطفولة وذلك بالاستعانة بالوسائل التعليمية والتثقيفية المتوافرة، مثل الملصقات، والكراسات المصورة، والأفلام، والنشرات العملية.

المراهقة

المراهقة كما هي في علم النفس مرحلة انتقال من الطفولة إلى مرحلة الرشد والنضج. ومن السهل تحديد بداية المراهقة ولكن من الصعب تحديد نهايتها، ويرجع ذلك إلى أن بداية المراهقة تتحدد بالبلوغ الجنسي.

المراهقة المبكرة (12 إلى 14 سنة) ومظاهرها

في هذه المرحلة يتضاءل السلوك الطفولي وتتجلّى المظاهر الفيزيولوجية والجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية المميزة للمراهقة.

النمو الفيزيولوجي

- يحدث تغير مهم يتمثل بالبلوغ الجنسي الذي يعتبر بمثابة الميلاد الجنسي أو اليقظة الجنسية للفرد. ويتحدد البلوغ الجنسي عند الذكور عند حدوث أول قذف منوي

وظهور الخصائص الجنسية الثانوية. أما الإناث فيتحدد هذا البلوغ عند أول حيض وظهور الخصائص الجنسية وتعتبر أول انتقالة من الطفولة إلى المراهقة.

- يسبق البلوغ الجنسي فترة نمو جسمي سريع خاصة في الطول وتنضج الغدد الجنسية وهذا يحدث بين سن 13 و 14 سنة. وهنا يجب أن نفرق بين الجنسية والبلوغ الجنسي، فالجنسية تبدأ منذ الطفولة عندما يبدأ الطفل ببراءة اللعب بأعضائه التناسلية أما البلوغ الجنسي فيبدأ بنمو الغدد والأعضاء التناسلية. والغدة المسؤولة عن استثارة المشاعر الجنسية هي الغدة النخامية. ويختلف سن البلوغ عند الذكور عنه عند الإناث، فهو عند الذكور من سن 11-18، وعند الإناث من سن 9-18 سنة. وإذا حصل تأخر جنسي فهذا يعود إلى قصور في إفراز الغدد. وهناك عدة عوامل تؤثر على موعد البلوغ الجنسي:
- حالة النشاط الغدّي؛
- الاستعداد الفردي؛
- بعض العوامل مثل التغذية.

النمو الجسمي

- يتغير شكل الوجه إذ تزول ملامح الطفولة؛
- يزيد الطول زيادة سريعة ويتسع محيط الكتفان؛
- تنمو العضلات؛
- يزداد الوزن؛
- تمتاز هذه المرحلة بعدم انتظام في نمو أجزاء الجسم.

النمو الحركي

- تنمو القدرة والقوة الحركية؛
- يلاحظ الميل نحو الخمول والكسل والتراخي حتى سن 15؛
- تكون حركاته غير دقيقة (سن الارتباك)؛
- تزداد قدرة المراهق على القفز العريض والعالي.

النمو العقلي

- تتميز هذه المرحلة بالنضج في القدرات وفي النمو العقلي عموماً؛

- يزداد نمو الذكاء؛
- القدرات العقلية أكثر دقة في التعبير مثل القدرة اللفظية والعددية؛
- تزداد سرعة التحصيل وإمكاناته؛
- تنمو القدرة على التعلم والقدرة على اكتساب المهارات والمعلومات؛
- ينمو الإدراك؛
- ينمو الانتباه والتذكّر وتزداد القدرة على التخيل، مثل الرسم والموسيقى، وتظهر أحلام اليقظة؛
- ينمو التفكير وتزداد القدرة على التعميم؛
- تنمو المفاهيم المعنوية مثل الخير والعدالة والشر.

المراهقة الوسطى (15 ـ 17 سنة) ومظاهرها

هذه المرحلة مرحلة انتقالية لأنها تتميز بالشعور بالنضج والاستقلال.

النمو الجسمي

- تتباطأ سرعة النمو الجسمي؛
- يزداد الطول عند الجنسين؛
- يزداد الوزن عند الجنسين؛
- تزداد دقة الحواس.

النمو الفيزيولوجي

- يقل عدد ساعات النوم؛
- تزداد الشهية والإقبال على الطعام؛
- يرتفع ضغط الدم تدريجيًا؛
- ينخفض معدل النبض؛
- تنخفض نسبة استهلاك الأكسجين.

النمو الحركي

- تزداد قوة المراهق ونشاطه؛
- يزداد إتقان المهارات الحركية؛
- تصبح حركات المراهق أكثر توافقاً وانسجاماً.

النمو العقلي

- تهدأ سرعة نمو الذكاء؛
- يزداد نمو القدرات العقلية؛
- يظهر الابتكار؛
- يأخذ التعلم طريقه نحو التخصص المناسب للمهنة أو العمل؛
- يهتم بالأمور المعنوية التي تؤثر في تقدمه العقلي كالمديح والحوافز؛
- ينمو التفكير المجرد والابتكاري وتتسع المدارك؛
- تزداد القدرة على التحصيل.

وهناك عوامل تعوق النمو العقلي منها الحرمان الثقافي والفشل الدراسي بالإضافة إلى الإهمال وسوء الرعاية ونقص الدوافع.

النمو الانفعالي

- تظل الانفعالات قوية يلونها الحماس؛
- تتطور مشاعر الحب حيث تتجه نحو الجنس الآخر.
- يشعر المراهق بالفرح والسرور عندما يشعر بالقبول والتوافق الاجتماعي وعندما يشبع حاجته من الحب والمحبة؛
- تظهر الحساسية الانفعالية؛
- يظهر التناقض الوجداني أو ثنائية المشاعر مثل الإعجاب والكراهية والانجذاب والنفور بالنسبة لنفس الشيء؛
- يتعرّض المراهق للاكتئاب واليأس والانطواء والحزن نتيجة لما قد يلاقيه من إحباط ويعانيه من صراع بين الدوافع وتقاليد المجتمع ومعاييره؛
- تظهر مشاعر الغضب والثورة والتمرد تجاه مصادر السلطة في الأسرة والمدرسة والمجتمع، وخاصة تلك التي تحول بينه وبين التحرر والاستقلال.

النمو الاجتماعي

- يتضح البحث عن الذات من ثلاث وجهات رئيسية وهي: البحث عن نموذج يحتذى به، واختيار المبادىء والقيم والمثل، وتكوين فلسفة للحياة؛
- تظهر مشاعر الشعور بالمسؤولية الاجتماعية ويميل لمساعدة الآخرين؛

- يهتم المراهق باختيار الأصدقاء ويميل إلى الانضمام إلى جماعات مختلطة الجنسين؛
- يكثر الكلام عن المدرسة والنشاط والمواعيد والرحلات، ويميل إلى الزعامة الاجتماعية والعقلية والرياضية؛
- تنمو الاتجاهات نحو التعصب والاستقلال الاجتماعي وحب التحرر من الوالدين وسلطتهم؛
- يميل إلى الانتقاد وتقييم التقاليد والنقد والرغبة في الإصلاح الاجتماعي ولا يشعر بالارتياح تجاه القوانين.

النمو الجنسي

- تزداد الانفعالات الجنسية شدة؛
- يتعرض للمثيرات الجنسية مثل الصور والكتابات؛
- يهتم بالاطلاع على حياة الجنس الآخر ويلاحظ اهتمامه بالحب المتعدد والاهتمام بالجمال وأخذ المواعيد الغرامية، وفي نهاية هذه المرحلة يصل البنين والبنات إلى النضج الجنسي؛
- يؤثر في هذا النمو شخصية المراهق ونوع المجتمع الذي يعيش فيه والحالة الاقتصادية والثقافية والتكوين النفسي والديني.

مرحلة المراهقة المتأخرة (18 إلى 21 سنة) ومظاهرها

يطلق البعض على هذه المرحلة مرحلة الشباب، وهي مرحلة اتخاذ القرارات حيث يتخذ أهم قرارين في حياته وهما اختيار المهنة واختيار الزوج.

النمو الجسمي

- في نهاية هذه المرحلة يتم النضج الهيكلي؛
- يزداد الطول زيادة خفيفة ويكون البنون أطول من البنات بشكل واضح؛
- يزداد الوزن عند كل من الجنسين وتتضح النسب الجسمية؛
- تكتمل الأسنان الدائمة ومنها أضراس العقل.

النمو الفيزيولوجي

- يتم الوصول إلى التوازن الغدي ويكتمل النضج في الخصائص الجنسية الثانوية؛
- يتم التكامل بين الوظائف الفيزيولوجية والنفسية في شخصية متكاملة.

النمو الحركي

- يستقر النشاط الحركي ويصبح فيه رزانة وتآزراً وتزداد المهارات الحسية الحركية.

النمو العقلي

- يصل الذكاء إلى أعلى قمم نضجه، وتشير بعض الدراسات إلى أن الذكاء يتوقف من سن 16-20 سنة، لكن الدراسات الحديثة تؤكد أن الذكاء عند الأذكياء يستمر في النمو ولكن ببطء شديد حتى العقد الخامس من العمر؛
- يتضح اكتساب المهارات العقلية ونمو التفكير وتبلور التخصص؛
- تزداد القدرة على التحصيل واتخاذ القرارات والتفكير؛
- تتطور المطامح والميول وتصبح أكثر واقعية.

النمو الانفعالي

- يتجه المراهق نحو الثبات الانفعالي ونحو المثالية؛
- تتبلور بعض العواطف الشخصية مثل الاعتداد بالنفس والعناية بالمظهر وطريقة الكلام. ومن مظاهر تطور نمو النضج الانفعالي في هذه المرحلة ما يلي:
  - القدرة على المشاركة الانفعالية؛
  - القدرة على الأخذ والعطاء؛
  - زيادة الولاء وفهم الآخرين؛
  - زيادة الميل إلى الرأفة والرحمة وإعادة النظر في الآمال.

النمو الاجتماعي

- ينمو الذكاء الاجتماعي، أي تصبح قدرة الفرد على التركيز في المواقف الاجتماعية ناضجة؛
- تتضح الرغبة في توجيه الذات وتنمو القيم؛
- يحدث الاستقلال عن الأسرة والاعتماد على النفس؛
- يزداد الاهتمام بمشكلات الزواج وبدء الاستعداد لترك الأسرة وبداية التفكير في إنشاء بيت وأسرة؛
- يوجه الاهتمام إلى العمل والمهنة؛
- يظهر الاعتزاز بالشخصية؛

- يشاهد الأداء الوظيفي والاجتماعي؛
- يكسب اتجاهات ومفاهيم وقيم مرغوبة؛
- ينمو الميل إلى الزعامة؛
- يشارك المراهق في أداء الواجبات الوطنية مثل الانتخابات والاهتمام بأمور السياسة؛
- يكوّن فلسفة لحياته.

النمو الجنسي

- يتم تحقيق القدرة على التناسل ويزداد الارتباط بين الجنسين وتزداد المشاعر الجنسية.

المشاكل التي تنشأ أثناء المراهقة بشكل خاص

قد يتأثر نمو المراهق البدني السوي ونضجه سلباً نتيجة القصور الغذائي، أو نتيجة الضغوط غير الملائمة على جسده النامي، التي تجيء في وقت غير مناسب، أو نتيجة الحمل قبل بلوغ النضج الفيزيولوجي. ومن المحتمل أيضاً أن يؤدي عدم كفاية المعلومات التي يتعين على أساسها اتخاذ القرارات فيما يتعلق بالسلوك أو اختيار سلوك غير ملائم لأي سبب من الأسباب أو نقص الخدمات الداعمة أو الوسائل الكفيلة بإجراء الاختيار الملائم إلى تعرض صحة الشباب للخطر حالياً أو مستقبلاً.

كذلك، فإن المراهقة لا تخلو تماماً من مخاطر الأمراض المعدية. إذ إن عدم إجراء التطعيم أثناء الطفولة ضد التهاب سنجابية النخاع (شلل الأطفال) والنكاف مثلاً، أو عدم وجود المناعة الطبيعية ضد هذين المرضين يجعل حدوث آثارهما، كالشلل نتيجة التهاب سنجابية النخاع والعقم نتيجة النكاف، أكثر تواتراً في الغالب وأشد وخامة في مرحلة الشباب. وقد يسهم اجتماع احتياجات الطفرة في النمو أثناء المراهقة من الطاقة والقصور الغذائي إلى الإصابة بالتدرن. وتكون حاجة المراهقات من الحديد أكثر من حاجة المراهقين بنسبة 10% لتعويض ما يفقدنه من دم أثناء الحيض. وببلوغ مرحلة الكبر تحتاج المرأة من الحديد أكثر مما يحتاجه الرجل بنسبة 35%، وهو قدر قلما تحصل عليه. ولذا فإن نسبة الإصابة بفقر الدم بين المراهقات والبالغات تكون ضعف ما هي عليه بين المراهقين والبالغين.

وقد يؤدي التركيز على الرياضة أو الترفيه أو العمل على العظام قبل التحام المشاشة إلى تلف الهيكل العظمي أو إضعاف نمو المراهق. وقد تشكل زيادة المنافسة مع الحرص على الفوز، ضغطاً نفسياً هائلاً على المراهق الصغير الذي يعلّق أهمية كبرى على رضا أترابه وأبويه عنه.

وقد يضطر الأطفال والمراهقون قبل بلوغ النمو الكامل وبسبب الظروف الاجتماعية

والاقتصادية إلى الاضطلاع بمسؤوليات العمل البدني للكبار، في حين أن مكان العمل وأدواته تكون مصممة دائماً من أجل الكبار. وفي هذه الظروف يعمل المراهق الذي لم يكتمل نموه بعد بطريقة لا تتصف بالكفاءة وتكون خبرته في مجال التعامل مع الأدوات والآلات قليلة، مما يزيد من تعرضه لخطر الوفاة أو الإصابة المرتبطتين بالمهنة.

ويشكل المراهقون العاجزون أو المراهقون الذين أصيبوا بالعجز والذين تتراوح نسبتهم بين 5% و10% فئة خاصة. ونظراً إلى زيادة وعي المراهق بذاته وحاجته الشديدة إلى رضا أترابه عنه، تزيد معاناة المراهق العاجز من جراء الضغوط النفسية والاجتماعية. فالشباب يحتاجون أولاً وقبل كل شيء إلى من يساعدهم على التطور إلى أقصى حد ممكن وعلى ممارسة حياة يندمجون فيها مع أترابهم. ويختلف نوع المساعدة المطلوبة حسب طبيعة العجز، أكان هذا العجز إدراكياً أم بصرياً أم سمعياً أم حركياً، وتركيز الاهتمام على الفرد لا على الخلل

ويشكل السلوك الاستكشافي والتجريبي جزءاً طبيعياً من عملية النمو يقترن أحياناً بالأخطار. ولذا فإن كثيراً من المشاكل الصحية القاصرة على المراهقة والشباب يعود منشؤها إلى السلوك أساساً، بما في ذلك إدمان المواد الخطرة وبعض أشكال السلوك الجنسي، والحوادث والإصابات بما فيها السلوك الانتحاري.

السلوكيات الصحية التي تنشأ في المراهقة وتظهر آثارها في مرحلة لاحقة من العمر

لقد أصبح الكثير من الأمراض غير السارية المزمنة، حتى في البلدان النامية، سبباً رئيسياً للوفاة في السن التي ينبغي أن يتوقع الإنسان فيها أن يعيش سنوات عديدة مليئة بالإنتاج ومرضية اجتماعياً.

1ـ السلوك المتعلق بالأكل

يشكل السلوك المتعلق بالأكل عند الشباب مصدراً محتملاً للمشاكل الصحية. ويرجع سوء التغذية في أكثر بلدان العالم فقراً إلى عدم الحصول على الأطعمة المغذية، لا إلى عدم توازن القوت بدرجة كافية. ومع ذلك فقد نجحت البرامج الرامية إلى القضاء على القصور التغذوي نجاحاً كبيراً في بعض البلدان.

وللقوت تأثير عميق على الإصابة بالمرض القلبي الوعائي، وفرط ضغط الدم والسمنة، والداء السكري غير المحتاج للأنسولين. ويبدو أن الإفراط في استهلاك السكر والدهن والملح أثناء الطفولة يؤدي إلى ترسيخ تفضيل الأطعمة المحتوية على هذه المواد، كما قد يؤدي إلى تغيرات فيزيولوجية حيوية مبكرة تؤدي بدورها في النهاية إلى التغيرات المرضية والمرض.

وتشير الدراسات المجراة على مدخلات القوت عند الكبار إلى أن نصف معدل الوفيات

الناجمة عن المرض القلبي الوعائي قد تكون راجعة إلى عوامل قوتية. فالسمنة عامل رئيسي في الإصابة بالداء السكري غير المحتاج للأنسولين. والأشخاص الذين يزيد المنسب الكتلي لأجسامهم على 26، وبصفة خاصة من يزيد هذا المنسب لديهم على 30، تكون درجة تعرضهم لخطر الإصابة بالداء السكري والمضاعفات التي من قبيل مرض الكلية واعتلال الشبكية بنسبة 14%. وقد يرجع ما يتراوح بين الثلث والنصف من حالات الداء السكري غير المحتاج للأنسولين إلى القوت.

ولذا فإن تقليل محتوى الدهن والسكر والملح في كثير من الأقوات (الحديثة) سوف يكون له تأثير رئيسي على المرض القلبي الوعائي، وارتفاع ضغط الدم، والداء السكري. وهناك أيضاً دليل قوي على أن مثل هذا التغيير في القوت سوف يكون له كذلك تأثير على الأمراض الأخرى التي تحدث في الكبر كسرطان القولون وغيره.

وتشكل السمنة مصدر قلق حاد بصفة خاصة عند المراهقين، وذلك بالنظر إلى اهتمامهم الزائد بالمظهر الخارجي وفقدان التقدير الذاتي الذي يرتبط بقبح المظهر. كما أن سوء العادات المرتبطة بالأكل يمكن أن يؤدي إلى الإصابة بالعُد (حبّ الشباب) الذي يبعث بشكل خاص على القلق بين الشباب، وإن لم يكن ذلك السبب الوحيد للإصابة به. ويدل تزايد انتشار القهم العصابي (فقد الشهية) والنهام العصابي بين الفتيات في بعض البلدان على أهمية الجوانب الاجتماعية والنفسية للسلوك المتعلق بالأكل.

ويمكن أن يؤدي الأكل بطريقة غير صحية، مضافاً إليه عدم نظافة الفم، إلى تلف الأسنان واللثة، وهو أمر لا يشكل مشكلة صحية في حد ذاته وحسب، لكنه أيضاً باعث على شعور الشباب بالقلق بسبب تأثيره على مظهرهم. وتؤدي قلة نظافة الفم في فترة المراهقة إلى مرض اللثة وسقوط الأسنان في مرحلة لاحقة من العمر.

2 ـ استعمال التبغ

يشكل التبغ أشد أشكال السلوك إضراراً بصحة الشباب. إذ إن استهلاك التبغ هو المسؤول في المدى الطويل عن حوالي 90% من حالات الإصابة بسرطان الرئة، و30% من مجموع الوفيات الناجمة عن السرطان، و75% من حالات الالتهاب القصبي المزمن والنفاخ الرئوي، و25% من المرض القلبي الوعائي، كما يزيد من خطر استعمال موانع الحمل الفموية على الصحة لدى الفتيات. وهو بالإضافة إلى ذلك له تأثيرات قصيرة الأمد حيث يزيد من وخامة النزلة الوافدة (الأنفلونزا)، ويقلل من الاستجابة المناعية، ويؤثر تأثيراً ضارّاً على الجنين أثناء الحمل، ويحد من جودة الأداء التنفسي والرياضي. وهناك مخاطر جديدة آخذة في الظهور بسبب زيادة ترويج التبغ الذي يوصف فإنه (القليل القطران) واستعمال الشباب له، مما يؤدي إلى الأمراض التي تشوه الأسنان واللثة، وإلى الإصابة بسرطان الفم. وقد انتشر استعمال الشباب للتبغ على نطاق واسع في جميع أنحاء العالم، كما أنه آخذ في الازدياد في البلدان النامية وخصوصاً بين الفتيات، في حين أن ثمة أدلة تشير إلى انخفاضه في البلدان

المتقدمة التي فيها برامج طويلة الأمد لمكافحة التدخين. ومع أن التبغ يحمل في طياته خطر الموت المحقق إلا أن تأثيراته السلبية على الجسم لا تظهر إلا بعد انقضاء فترة طويلة على استخدامه، وعلى الرغم من ذلك فإن وجهة نظر الشباب لا تأخذ الأمر بجدية تتناسب مع خطورته. وكلما انخفضت السن التي يبدأ الشباب عندها التدخين، كان ما يفقدونه من متوسط العمر المتوقع بالنسبة لهم أكبر، حيث يبلغ 8 سنوات إذا بدأ المراهق التدخين في سن الخامسة عشرة، و4 سنوات إذا بدأ في سن الخامسة والعشرين. كما أن 90% ممن انتهى بهم الأمر إلى إدمان التدخين بدأوا التدخين قبل سن 19. ومن لم يتعود على تعاطي التبغ في المراهقة فإنه نادراً ما يتعوده في مرحلة لاحقة من العمر. وهناك ثلاثة عوامل ترتبط ارتباطاً قوياً باستعمال الشباب للتبغ هي: ضغوط الأتراب، ومحاكاة الأخوة والأبوين، والعمل خارج المنزل، ولكل من هذه العوامل آثار رئيسية على العمل الوقائي.

تعزيز صحة المراهقين والشباب باستخدام أسلوب الرعاية الصحية الأولية

إن مبادىء الرعاية الصحية الأولية، كالرعاية الذاتية، والمشاركة، والعمل المشترك بين القطاعات والتكنولوجيا الملائمة، تناسب تعزيز صحة الشباب بصفة خاصة. ويمكن تصميم برامج صحية لترويج السلوك الصحي ودعمه، والحيلولة دون ظهور المشاكل، والتعرف على المعرضين للخطر ورعايتهم، ومعالجة المرضى والمصابين وتأهيلهم. وتنشأ كثير من البرامج في قطاعات أخرى غير القطاع الصحي، ويلزم وجود اتصال وثيق بين القطاعات لتسهيل خدمات الإحالة الملائمة، وأحياناً لتسهيل العمل المشترك. وهذه البرامج موجهة نحو الوقاية الأولية والثانوية والثالثية، وتتخذ أشكالاً كثيرة في تقديم المعلومات والتعليم، والإرشاد والمشورة والرعاية والعلاج والتأهيل. وعلى الرغم من أن الشباب هم المجموعة المستهدفة الرئيسية، فإن من المهم غالباً اعتبار الأفراد الآخرين الذين يؤثرون على صحتهم إما بشكل مباشر، كأفراد الأسرة والأتراب والقائمين بالتثقيف وقادة الشباب، وإما بشكل غير مباشر، كالعاملين بوسائل الأعلام والشخصيات الرياضية والشخصيات الترفيهية، كمجموعات مستهدفة ملائمة كذلك.

الوقاية الأولية

تنطوي الوقاية الأولية من المشاكل الصحية بين الشباب على تسهيل التطور السليم السوي وترسيخ الأساليب الحياتية الصحية بين الشباب. وتشمل الملامح الرئيسية للوقاية الأولية وضع سياسات مناسبة وتقديم المعلومات من خلال مجموعة متنوعة من القنوات. وتشمل الأساليب السياسية التي لا تخاطب الشباب وحدهم في الوقاية الأولية، وإن كانت تؤثر فيهم إلى حد كبير، الرقابة على الدعاية للتبغ والمسكرات. ولا يقتصر التثقيف على تزويد الشباب بالمعلومات وحسب، وإنما يضطلع أيضاً بمهمة رعاية تطورهم الفكري

والاجتماعي والمعنوي. ولا يشمل التثقيف الصحي تزويدهم بالإرشادات الخاصة بالنظافة والتمارين البدنية، والراحة والأكل والشرب والنضج والنشاط الجنسي والعلاقات فحسب، بل إنه يمكنهم أيضاً من تدبير مصائرهم الصحية. ولهذا النوع من التثقيف أداتان رئيسيتان هما النظام المدرسي الذي يقدم غالباً التدريب الرسمي في مجال التربية الصحية في معرض تعليم مواد أخرى، والأسرة التي تشكل للجميع المصدر الأساسي للمعرفة وتكوين العادات. ويمكن أن يلعب أفراد آخرون كثيرون دوراً هاماً في المستوى الأول. ويتعامل معظم الشباب في وقت من الأوقات مع العاملين الصحيين الذين يتمتعون بوضع قوي يسمح لهم بتثقيف هؤلاء الشباب والقائمين عليهم فيما يتعلق بالمسائل الصحية بصرف النظر عن الغرض المباشر للرعاية التي يقومون بتقديمها.

الوقاية الثانوية

يشكل التعرف على الخطر وتقليله أساس الوقاية الثانوية. ومن المعروف جيداً أن بعض الأفراد أكثر استعداداً من غيرهم للإصابة بالمرض أو العجز أو غير ذلك من الآثار المترتبة على التطور غير السليم، وذلك بسبب ظروف وراثية أو طبية حيوية أو نفسية أو اجتماعية. وقد أثبتت الحالات التي تكون فيها التدخلات متوافرة وفعالة، أن التعرف على مثل هؤلاء الأفراد أو الجماعات فعال، بالمقارنة بتكلفته، في الوقاية من الترقي إلى حالة المرض أو الاضطراب وفي ضمان حياة صحية ومُرْضية ومنتجة بدرجة معقولة للفرد.

وخارج محيط الأسرة تتمثل أكثر النظم شيوعاً للتعرف على الشباب المحتاجين بشكل خاص للرعاية الصحية في الخدمات المدرسية التي يتم بموجبها التقصي للكشف عن التعوقات المتعلقة بالكلام والسمع والبصر وحتى الفم والتعلم. وعندئذ يقدم العاملون الصحيون داخل النظام التعليمي أو الملحقون به، الرعاية أو العلاج اللازمين أو يحيلون الشباب إلى خدمات أكثر تخصصاً.

الوقاية الثالثة: العلاج والتأهيل

يشكل توافر مرافق العلاج والتأهيل المتعلقة بالمرض والإصابة وتيسر الحصول على هذه التسهيلات اجتماعياً ونفسياً أحد العناصر الرئيسية في الوقاية الثالثة من المرض والاضطراب بين الشباب. ويتميز الشباب باستعدادهم بشكل خاص للتعوقات الناشئة عن الحوادث والإصابات التي تحدث في الطريق وأثناء الرياضة وفي العمل وفي المنزل. وتتسبب إصابات النخاع الشوكي المؤدية إلى الشلل أو غيره من الأمراض في أضرار مدمرة للشباب في مطلع حياتهم. ويلزم توجيه التأهيل نحو الفرد ككل حتى يمكنه أن يحقق أقصى قدر ممكن من التطور البدني والنفسي والاجتماعي، وأن يندمج في المجتمع. وهذا يتطلب قدراً كبيراً من التعاون بين القطاعات، وخاصة قطاعات الصحة والتعليم والعمل

والشباب والخدمات الاجتماعية، كما يتطلب قدراً كبيراً من المشاركة من جانب المجتمع والمنظمات غير الحكومية.

مرحلة الشيخوخة

الشيخوخة هي عملية طبيعية ناتجة عن التغيرات الفيزيولوجية المختلفة التي تحدث للإنسان مع مرور الزمن خلال حياته وتشكل المرحلة النهائية في دورة حياة الإنسان. ويتزايد أعداد المسنين من مختلف دول العالم وذلك ناتج عن:

1 ـ ارتفاع المستوى المعيشي والصحي.

2 ـ تحسّن نوعية الغذاء وعاداته الأمر الذي أدى إلى:

أ ـ ارتفاع عدد المواليد؛

ب ـ زيادة معدل العمر، وهو معدل عدد السنوات التي يبقى بها الإنسان على قيد الحياة؛

ج ـ كما أن النقص المتوقع في معدل الإنجاب الإجمالي وانخفاض معدلات الوفيات يقلل نسبة الشباب ويزيد من نسبة المسنين في العالم.

وقد صاحب ذلك بعض النواحي السلبية التي تتعلق بالنواحي النفسية والصحية والاجتماعية التي أثرت تأثيراً واضحاً على هذه الفئة المتقدمة بالعمر. لذا كان على الجهات المسئولة تكثيف الجهود لإيجاد الاستراتيجيات اللازمة لرعاية هؤلاء المسنين لضمان تعزيز صحتهم من جميع النواحي الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية بهدف توفير العيش الكريم في كنف أسرهم ومجتمعاتهم محاطين بالرعاية والحنان، وتقديم العون لهم داخل وخارج منازلهم مع ضرورة توفير الرعاية الصحية الجيدة التي تتضمن بعض التخصصات التي تخدمهم، مثل خدمات التمريض والعلاج الطبيعي، مع ضرورة العمل على إيجاد الزائرة الصحية التي تستطيع الوصول إليهم في المنازل لتقديم الرعاية اللازمة لهم.

التغيرات التي تحدث نتيجة تقدم السن

سمات عامة للمسن: يتسم في هذه المرحلة الشخص بالهدوء وكثرة التعبّد والتقرّب إلى الله، ويتميز بالتصرف العقلاني والحكمة ورجاحة العقل والنظرة البعيدة للحياة. ومن هذه الخبرة يعمل على مساعدة نفسه في التأقلم مع أساليب الحياة والصبر في تحمل مشاكلها. ويتميز المسن بحبه للعيش بهدوء وعدم رغبته في الاختلاط كثيراً وتشبّثه بأسلوب حياته التي اعتادها، كما أنه لا يحب التقيد كثيراً ويميل إلى النوم بشكل واضح في ساعات النهار.

التغييرات الفيزيولوجية

يتميز المسن بظهور التجاعيد في الجلد، خاصة في الوجه، وذلك بسبب فقدان كمية الدهون تحت الجلد مما يفقد الجلد حيويته وتماسكه. وبشكل عام يفقد المسن كمية الدهون في أماكن مختلفة من جسمه مثل الردفين والفخذين مما يجعل الجسم هزيلاً، كذلك أسنانه نتيجة ضمور اللثة مما يضطر الكثير من الأشخاص استخدام أطقم الأسنان الاصطناعية.

يتغير لون الشعر إلى اللون الأبيض وتقلّ كميته بين الرجال وبين النساء. ويتميز المسن ببطء وصعوبة الحركة وفقد التوازن وفقدان الشهية المعتادة، كما تقل ساعات النوم ليلاً ويفتر النشاط الجنسي وتقل قدرته الذهنية على تذكّر الأحداث والأمور الآنية في حين يتذكر الأمور القديمة.

ومع تقدم العمر تصاب المفاصل بالتصلّب، خاصة مفاصل الفخذ والركبة وكذلك العمود الفقري، إذ يكون بوضع منحنى، وهذا ما يتصف به كبار السن بسبب تضاغط الفقرات مما يؤدي إلى قصر القامة قليلاً.

ويفقد المسن قوة العضلات، وتمر المرأة بما يسمى بسن اليأس menopause في منتصف العمر (45-50 سنة). وتتصف هذه الفترة بعدم التوازن في إفراز الهرمونات في الجسم، وهي فترة انتقالية عند المرأة وغير محببة، وتحس الكثير من النساء بالراحة والطمأنينة بعد مرورهن منها.

ويصاب المسن بتصلب الشرايين ما يؤدي لبعض المشاكل في الجهاز الدوراني للمخ. كما أن سرعة الاستجابة للجهاز العصبي تقلّ كثيراً مما يؤدي إلى بطء ردود الفعل لدى الشخص المسن، وينعكس ذلك على حالته النفسية. وتشمل التغيرات الجهاز التنفسي والهضمي وكذلك جهاز تنظيم الحرارة في المخ، كما تقل المناعة لديهم.

ومع تقدم العمر يحدث تغيير كبير في قدرة العين على الإبصار، وتقلّ قدرتهم على التركيز على المواد القريبة، كما تتضاءل قدرة العين على تمييز الألوان. لذلك فإن معظم المسنين يحتاجون وبشكل ضروري للنظارات.

كما يطرأ تغيير على حدة السمع مع تقدم العمر ويقل أكثر كلما تقدم العمر مما يؤدي إلى صعوبة الحديث معهم. وهذا يؤدي إلى عدم الفهم لدى المسن وحاجته إلى وقت أطول وصوت عالٍ ليمكنه السماع، ويلاحظ هذا الأمر عند سماعه للراديو أو التلفزيون.

المشاكل الشائعة للمسنين

أ ـ التغيرات الاجتماعية

هناك الكثير من التغيرات التي حدثت مع التقدم الحضاري في العالم وأثرت تأثيراً مباشراً على حياة المسنين الاجتماعية مثل امتداد الأسرة، وعمل المرأة، والمشاكل الإسكانية التي تتمثل بعدم مواءمة سعة السكن أو نوعيته مما يؤدي إلى تشتت أفراد الأسرة الواحدة. وقد

أدى ذلك إلى بعض القصور في التواصل بين أفراد الأسرة الواحدة، واضطرار الأبناء للتخلي عن آبائهم وتركهم في ملاجىء للعجزة أو العيش وحيدين في منازل أو أماكن لا يحيطها شيء من الحنان أو الاهتمام، الأمر الذي أثّر سلباً على الشخص المسن، وجعله يحس بالضعف في ذاته، لعدم القدرة على العمل والإنتاجية، وعدم استطاعته خدمة نفسه بسبب تدهور حالته الصحية والذهنية.

ب ـ الإحالة للتقاعد

يُشعر هذا الأمر المسن بأنه عديم الفائدة، وربما يؤدي به إلى الانفصال عن المجتمع وتدني نشاطه ومشاركته المعتادة في الأنشطة الاجتماعية أو توقفهما. والإحالة على التقاعد تجعل المسنّ يعيش بفراغ كبير مما يولد لديه الشعور بجرح كرامته وضعف قيمته لعدم استطاعته العمل في مجتمعه.

ج ـ الترمل والشعور بالوحدة

قد يكون الترمل في سن صغيرة أمر يمكن التغلب عليه ولكن يصعب ذلك على الشخص المسن سواء كان رجلاً أم امرأة، إذ يحس بأنه يواجه المجهول مما يشعره بالخوف وعدم الاطمئنان النفسي والأمان. كما يحس بالوحدة وعدم وجود من يلجأ إليه فينقطع عن العالم الخارجي، بالإضافة إلى الإحساس بعدم الأمان المادي خاصة في بعض المجتمعات الكادحة إذ إن الترمل يعني الفقر، وخاصة للمرأة.

د ـ الاعتماد على الغير

يعتبر من الأمور المهمة والمؤثّرة في نفسية المسن إذ بعد أن يكون الشخص قادراً ومعتمداً على نفسه بكل شيء، يجد نفسه بحاجة لمن يساعده في كثير من الأمور تصل إلى أدق الأمور الفيزيولوجية أو المادية. وفي كلتا الحالتين نجد أغلب الأفراد يتحسبون لهذا الأمر مبكراً قبل وصولهم إلى هذه المرحلة، إذ إن الاعتماد على الغير يعتبره المسن انتهاكاً لخصوصياته من قبل الغير. وكمثال لذلك حين يكونون بحاجة لمساعدة أبنائهم مما يؤدي لشعور المسن بالفشل والإحباط إذ كيف أنه أصبح عالة على ابنه بعد أن كان هو الذي يعول أبناءه مما يولد لديه شعوراً بالذنب.

و ـ المشاكل الصحية

قد يصاب المسن بالإعاقة وهي متعددة الأنواع، مثل حالات المرض الشديد، مما يجعله معتمداً كلياً على الغير. وينعكس هذا على نفسيته وقدرته على الاحتفاظ بذاكرة جيدة كما في الحالات التالية:

1 ـ خرف أو عته الزهايمر Alzheimer's dementia: يحدث لدى 5-6% من المسنين. ويظهر هذا الخرف في صورة لختلال في الذاكرة مصحوباً بظهور قصور في وظائف المخ المعرفية الأخرى، مثل القدرة على إجراء العمليات الحسابية البسيطة فيصبح المسن غير قادر على العمل نتيجة للاختلال في التفكير. ويحدث خلل في العلاقات الأسرية لأنه لم يعد

مدركاً لما يربطه بهم من علاقات، مثلاً قد يظن أن ابنته هي زوجته. وتظهر اضطرابات في إدراك المريض للزمن فيزيد يقظته بالليل ونومه بالنهار ويحدث أيضاً اضطراب في إدراكه للمكان فيكثر خروجه من المنزل ولا يتمكن من العودة مرة أخرى. وفي المراحل المتقدمة من المرض يفقد المريض قدرته على التحكم في الإخراج فيبلّل ملابسه وفراشه في أحيان كثيرة. والخرف ليس فقط مجرد ضعف في الذاكرة وإنما هو تحلل تدريجي لوظائف المخ المعرفية الأخرى، وما يميز هذا المرض أن المصابين به لا يموتون بسببه وأن فترة الحياة بعد الإصابة بهذا المرض تشكل عبئاً كبيراً على الأسرة أو على من يقوم برعاية المريض.

2 ـ مرض باركنسون (الشلل الرعاشي): يتميز هذا المرض برعشة في الأطراف وتصلب في حركتها وبطء في التفكير والكلام والحركة. ويجب أن تعرف الأسرة القصور الذي أصاب المريض وتتعلّم كيفية مساعدته أثناء تلبية احتياجاته الجسمانية والنفسية.

3 ـ عدم التحكم في حركة الأمعاء والتبول: عدم التحكم في خروج البول والبراز، وذلك يتطلب عناية صحية خاصة وخصوصاً أن عملية التحكم في الإخراج تمثل قلقاً وإزعاجاً للمسن وأسرته.

4 ـ بعض الأمراض التي يتعرض لها المسن وبكثرة:

- ارتفاع ضغط الدم وتصلب الشرايين؛
- أمراض القلب والجهاز الدوراني؛
- الداء السكري؛
- قلة المناعة مما يسهّل تعرض المسن لكثير من الأمراض يسهّل مثل الالتهابات الرئوية... الخ.

دور ممرض صحة المجتمع في رعاية المسن في منزله وأسرته

- التخطيط للزيارات المنزلية لمتابعة حالة المسن، وهذا يعطي الفرصة للممرض للتعرف على الأسرة والجو المحيط بالمسن؛
- دراسة احتياجات المسن؛
- وضع الخطة المراد تنفيذها بناء على الاحتياجات المطلوبة؛
- تخطيط الرعاية الصحية مع الأسرة وكيفية تحقيق الاحتياجات التي تطلب منهم؛
- شرح كل عمل يقوم به الممرض لأسرة المسن وأقاربه حتى يمكن القيام به مرة أخرى، مثل كيفية إعطاء حقنة الأنسولين والتغيير على الجرح؛
- اكتشاف المشاكل المختلفة والمساعدة في حلها؛
- توجيه المسن وأسرته إلى الخدمات المتوفرة في المجتمع؛

- القيام بالإرشادات الصحية والنفسية والاجتماعية للمسن وكل من يرعاه؛
- ملاحظة التقدم في حالة المسن وتسجيل الملاحظات؛
- قياس إلى أي مدى حققت الخطة التمريضية الأهداف المحددة، هل تم تحقيق كل الأهداف أم جزء منها أم أنها لم تتحقق.

دور ممرض صحة المجتمع في رعاية المسنين بدور الرعاية

أ ـ الدور الإداري Adminstrative Role

- التخطيط لرعاية المسن الشاملة؛
- اختيار الرعاة من هيئة التمريض وغيرهم وتوضيح واجباتهم ومسئولياتهم تجاه المسن؛
- الإشراف العام على الدار للتأكد من حسن سير العمل؛
- تعيين الأفراد والمتطوعين وتزكيتهم عند الحاجة إليهم؛
- معرفة مشاكل الدار والعمل على حلها؛
- توفير وسائل اتصال سهلة بين الإدارة والعاملين.

ب ـ الدور الإشرافي Supervisory Role

- الإشراف على الغرف والحمامات والتأكد من أن مكان المسن نظيف ومريح؛
- الإشراف على الأدوات المطلوبة للقيام بالعناية التمريضية ومساعدة الطبيب في الكشف والتشخيص؛
- الملاحظة الشاملة لحالة المسن والإنصات لجميع مشاكله الصحية والنفسية والاجتماعية... إلخ؛
- وقاية المسن من المخاطر والحوادث وذلك بالإشراف المستمر؛
- التأكد من تدوين جميع الملاحظات وذلك لتفادي المشاكل؛
- توجيه العاملين وإعطاؤهم النصائح والإرشادات المستمرة لتحسين رعاية المسن.

ج ـ الدور الوظيفي Functional Role

- مساعدة المسن في الرعاية بالنظافة الجسمانية، مثل تقليم الأظافر والعناية بالجلد والشعر والمظهر العام؛
- القيام بالتثقيف والتوجيه الصحي والنفسي للمسن وأسرته؛
- مساعدة المسن المريض في أداء التمرينات الرياضية أثناء وجوده بالسرير للمحافظة على قوة العضلات وتنشيط الدورة الدموية؛

- تشجيع المسن على القيام بالرعاية الذاتية للاعتماد على النفس في تلبية احتياجاته؛
- مساعدة المسن على تغيير وضعه كل ساعتين إذا كان راقداً باستمرار على السرير ومحاولة القيام والجلوس على الكرسي؛
- تشجيع المسن على المشاركة مع زملائه في الكلام والترفيه عنه ومنعه من العزلة لوقايته من الاكتئاب؛
- تسجيل الملاحظات عن المسن باستمرار لمساعدة الطبيب في معرفة التطورات التي مرت به.

دور ممرض صحة المجتمع في رعاية المسن في إطار المجتمع

- الوقاية من الأمراض التي تصيب كبار السن عن طريق الاكتشاف المبكر للأمراض من خلال برامج المسح الصحي والتثقيف الصحي.
- إرشاد وتوجيه كبار السن إلى الخدمات المتاحة لهم عن طريق وسائل الإعلام وبث برامج خاصة بهم (تعليمية وترفيهية)؛
- رفع مستوى الخدمات الخاصة بالمسنين وذلك بتعاون كل من الشئون الاجتماعية ووزارة الصحة؛
- إعداد إحصائيات خاصة عن أعداد المسنين واحتياجاتهم ومشاكلهم الصحية واستخدامها للمتابعة والتخطيط.

أسئلة ونشاطات

1 ـ ناقش حاجات المراهقين الأساسية.

2 ـ يؤثر مركز الطفل في الأسرة، أي كونه الطفل الأول أو الأكبر أو الأصغر أو الوحيد أو كونه طفلاً غير شقيق أو متبنى أو يتيماً أو غير شرعياً، على تربيته وتنشئته وعلاقاته الاجتماعية، ابحث عن كيفية التأثير من خلال قراءتك.

3 ـ ابحث عن أهم أسباب وفيات الأطفال دون الخامسة في بلدك.

4 ـ ناقش مع زملائك أهم أنواع المراهقة لدى الأطفال دون سن الخامسة عشرة في بلدك.

5 ـ ما هي الخصائص والسمات التي يتصف بها المسنّون؟

6 ـ كيف يمكن أن نشرك الشباب في برامج تعزيز الصحة؟

7 ـ ناقش ما هي الحاجات الصحية التي يجب توفيرها في مرحلة الشيخوخة.

8 ـ تعرف على عنوان إحدى دور المسنين في منطقة سكنك وقم بزيارة إلى هذه الدار وتعرف إلى الخدمات التي تقدمها للمسن؟

مراجع للاستزادة

(1) أميل خليل بيدس، العناية بالطفل والحامل، بيروت ـ دار الآفاق الجديدة (1986).

(2) روضة خوري، نمو الطفل ورعايته، عمان ـ المكتبة الوطنية (2005).

(3) نايفة قطامي وعالية الرفاعي، نمو ورعاية الطفل، عمان ـ المكتبة الوطنية (1990).

(4) فؤاد البهي السيد، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، عين شمس ـ دار الفكر العربي (1975).

(5) نوري الحافظ، المراهق، بيروت ـ المؤسسة العربية للدراسات والنشر (1981).

(6) فؤاد أبو حطب، علم النفس التربوي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية (1980).

(7) الجمعية المصرية لطب المسنين وعلوم الأعمار، مجلة صوت الزمن، عدد رقم (1) سبتمبر (1995).

(8) منظمة الصحة العالمية، الدليل الصحي للأسرة، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط ـ الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية (1991).

(9) منظمة الصحة العالمية، استخدام علوم الوبائيات في دراسة المسنين، سلسلة التقارير الفنية رقم 706 جنيف عام (1984).

(10) منظمة الصحة العالمية، الخرف في أرذل العمر، طريق البحث والعمل ـ سلسلة التقارير الفنية رقم 730 جنيف عام (1986).

(11) صحة الشباب وثيقة أساسية: المناقشات التقنية ـ جزء 42/مناقشات تقنية ـ منظمة الصحة العالمية 1989 ـ المكتب الإقليمي لشرق المتوسط (1989).

(12) Stone, S; Eigsti, Dand and McGuiree, S;Comprehensive Community Health Nursing, 4th cd.. Mosby. St. Louis. Baltimore. New York, (1995).

(13) Green, L. and Ottson, J., Community Health, 7th ed, Mosby, St. Louis, Baltimore, Boston, (1994).

(14) Hamid, A. and Abdel Aziz, H., «Improving Knowledge and attintudes of nursing students towards elderly,» The New Egyptian Journal of Medicine, volume 9, No.6,(1993).

(15) El Nour, N. and Shenouda, M., «Assesment of the elderly problems among the rural and urban population (A comparative study),» The New Egyptian Journal of Medicine, volume 8, No.4, April (1993).

(16) Palmore, E. and Ashour, A; health for the elderly, Volume 2, No. 1, AlAhram Printshops, Cairo (1992).

(17) Kahlil, I; Community medicine, public Health Administration, El-Faress, 46, Abbassia St, Cairo. (1990).

(18) Robert C. Atchlety, The Social forces in later life, wads warth Publishing Company, 3ed Edn, Belmont, Cafefosnia. (1980).

(19) Whaley F. and Wong, D, 2003 Nursing care of infants and children. St louis, The C.V Mosby company.

الفصل الثاني

صحة الأسرة

إن كل تطور ديموغرافي هو حصيلة طبيعية متأتية من الولادات والوفيات، وتتكوّن المجتمعات العربية عامة في مجملها من ذوي الأعمار المتوسطة (الأطفال والشباب) ذلك لأن نسبة الولادات لديها أعلى من نسبتها في المجتمعات الغربية، رغم أن نسبة الوفيات فيها تفوق بكثير نسبة الوفيات في البلدان المتقدمة.

وتتكون الأسرة عادة من أب وأم وأبناء يشترك جميعهم في أدوار تختلف بحسب طاقة كل فرد من حيث سنه ومقدرته الجسدية واهتماماته. وللأسرة دور فعال في تحقيق توازن أفرادها من الناحية العاطفية، ولها القدرة الكافية على تنشئة مختلف أفرادها بكيفية تسمح لهم بأن يصبحوا عناصر واعية مسؤولة في مجتمع تُحترم فيه الكرامة الإنسانية بدون تمييز جنسي أو اجتماعي.

وكما قلنا سابقاً من أن المستفيد هنا هو الأسرة كوحدة متكاملة، فإن لممرض صحة المجتمع دوراً فعالاً في تطوير صحة هذا المستفيد ـ الأسرة.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سوف يكون القارىء قادراً على أن:

1 ـ يعرّف دور الأسرة في المجتمع؛

2 ـ يحدد خصائص أنواع الأسرة؛

3 ـ يميز أهم مراحل نمو الأسرة؛

4 ـ يقيم الاحتياجات الصحية لكل مرحلة من نمو الأسرة.

أنواع الأسر

1 ـ الأسرة النووية الثنائية: وتتكون من الزوج والزوجة فقط من دون أطفال.

2 ـ الأسرة النووية: وتتكون من الزوج والزوجة والأطفال.

3 ـ الأسرة الممتدة: وتتكون من الزوج والزوجة والأطفال وأحد الأجداد أو كليهما.

4 ـ الأسرة الانتقالية: وتتكون من الزوج والزوجة والأطفال أحياناً.

5 ـ الأسرة بوالد واحد: وتتكون من أحد الوالدين (الأم أو الأب مع الأطفال) بسبب وفاة أو طلاق أو انفصال.

أما إذا نظرنا إلى الأسرة من منظور اقتصادي، فإنه يمكن تصنيف أنواع الأسر كما يلي:

1 ـ الأسرة الميسورة

هذا النوع عادة يكون في الطبقات الغنية حيث تتوفر جميع المتطلبات الحياتية إلى حد الكمال، لكن قد تعاني هذه الأسر مشاكل اجتماعية وصحية نتيجة التطور وتقليد مجتمعات أخرى.

2 ـ الأسرة المتوسطة الموارد

وهي الأكثر شيوعاً في كل المجتمعات تقريباً، وتسعى جاهدة إلى توفير التوازن المعيشي لأفرادها من حيث السكن والتعليم والصحة.

3 ـ الأسرة الفقيرة

وهذا النوع من الأسر يعاني الفقر والجهل عموماً، وهي كذلك الأكثر عرضة من غيرها إلى الأمراض المعدية والمزمنة والعابرة وحالات سوء التغذية التي تصيب الأطفال خاصة. كما تكثر بين أفرادها البطالة فينجم عنها الهجرة والتشرد والانحلال الأسري.

وظائف الأسرة

الأسرة هي خلية من المجتمع تعيش نمط حياة معين وفي بيئة معينة، لكن مهما اختلفت البيئات والمجتمعات فإن وظائف الأسرة واحدة، وهي:

1 ـ عائلية؛
2 ـ بيئية؛
3 ـ اجتماعية.

1ـ الوظيفة العائلية

وهي الإنجاب والعناية بالأطفال وتربيتهم تربية سليمة ودعم الاحترام المتبادل بين الأفراد والقيام بالواجب العائلي والمحافظة على الرباط الأسري والعمل على توثيقه والتواصل بين الأجيال.

2 ـ الوظيفة البيئية

وهي تساهم مساهمة فعالة في الحفاظ على البيئة والمحيط والعمل من خلال الالتزام بالقوانين والقواعد والقيام بالواجب لخلق مناخ سليم يطيب فيه العيش للمجموعة. وهذا يتطلب شعوراً بالمسؤولية ونكراناً للذات واحتراماً للغير نظراً لما للبيئة السليمة من أهمية وتأثير في بناء المجتمعات وتقدمها نحو الأفضل.

3 ـ الوظيفة الاجتماعية

تشارك الأسرة في الإنتاج والإنتاجية حتى لا تكون عالة على المجتمع كما أنها تنهض به اقتصادياً واجتماعياً وثقافياً. فكلما كانت الأسرة منتجة، وعاملة، وكادحة، برزت فوائدها ونتائجها في المجتمع التي تعيش فيه. وللأسرة أيضاً دور في السهر على رعاية التراث الثقافي والديني حيث تتركه زاداً للأجيال المتعاقبة وتعمل على تطويره مع المحافظة على أصالته. والأسرة تعد ركيزة اجتماعية هامة يبنى عليها الهرم الاجتماعي.

مراحل نمو الأسرة

الزواج هو رباط وثيق بين الرجل والمرأة يقوم على التعايش بينهما ويشترط تكيف السلوك الحياتي وإلزام النفس بالتضحيات والجود والاحترام المتبادل والمشاركة في تأسيس أسرة يكون لها دور فعال في تقدم المجتمع، فعلاقة المعاشرة بين الزوجين هي أطول التجارب التي تغرس في الإنسان الحس والطبع الاجتماعي.

وطبيعة الزواج ليست وحدها المودة والرحمة والحب والسكينة، بل يقوم كل من الزوجين بدور الحامي والواقي للآخر في الساحة الاجتماعية.

كما أن ولادة طفل أو طفلة لها دور في خلق تعامل جديد متكامل، إذ يصبح هذا التعامل الوثيق مثلثاً في بناء الأسرة يضم الأب والأم والمولود. وفي حال عدم توفر الاستقرار في الأسرة تكون مهددة بالتفكك والطلاق، وهي نهاية غالباً ما تكون غير مرغوب فيها غير أنها تكون الملجأ الأخير والوحيد لوضع حد لسوء التفاهم.

المرحلة الأولى

تبدأ الأسرة بزوجين، حيث يتم البناء بينهما شرعياً بعد الفحوصات الطبية اللازمة لتأمين جيل جديد بلا إعاقة. وفي هذه المرحلة يتم التعارف بين الزوجين وتتقارب الميول والآراء وتتحدد الأهداف ويتقاسمان الأدوار فيما يخص شؤون الأسرة.

زوج وزوجة = أسرة صغيرة

المرحلة الثانية

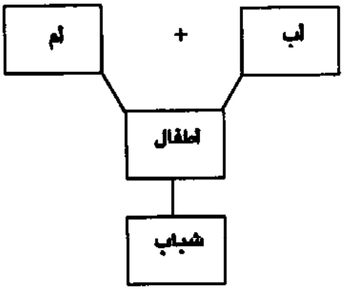
تحدث الولادات فتكبر الأسرة ويتكاثر عددها، فتصبح مسؤولية الوالدين ذات طابع خاص إذ هما مطالبان بالقيام بدور جديد وهام لا يقدر غيرهما على القيام به في توفير الحاجيات المادية والمعنوية للأطفال.

ولا يقتصر ذلك على توفير الغذاء والملبس والسكن والرعاية، بل يتعداها إلى الغذاء الروحي بمنح العطف والحنان والحب لأن الطفل بحاجة ماسة إلى هذه الأشياء الأساسية لبناء شخصيته وبناء توازنه النفسي ومساعدته على تخطي ما قد يحصل من مؤثرات في مرحلة الشباب.

اب + ام = اطفال

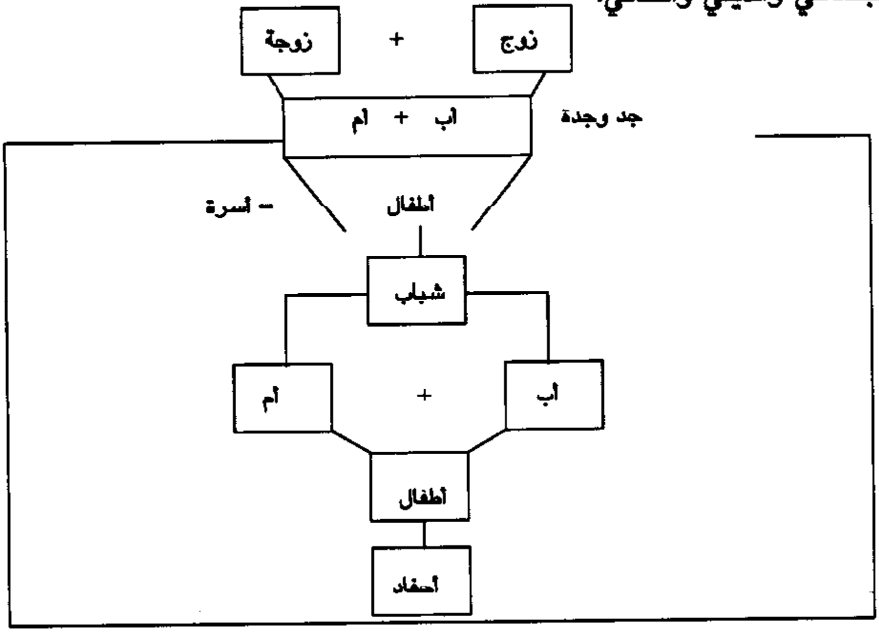
المرحلة الثالثة

تتقدم سن الأطفال فيصبحون شباباً يافعاً، وتتداخل عوامل أخرى بيئية واجتماعية قد تؤثر في سلوكياتهم المكتسبة من بيئتهم الأولى حيث يجب على الأبوين أن يكونا يقظين. وهنا يلعبان دور المرشد والموجه والحامي من مخاطر هذه المرحلة الدقيقة، فيجد الشاب في التوجيه والإرشاد الزاد الكافي لعبور هذه المرحلة بسلام وأمان وتحمل مسؤوليته المنتظرة في إطارها المنشود كعضو فعال إيجابي في تطوير المجتمع.



المرحلة الرابعة

تنبثق من تلك الأسرة الأصلية أسر فرعية ويصبح الوالدان الأصليان جدين (انظر الشكل 1) يمثلان الغصن الأصلي والركيزة الأساسية في التواصل بين أفرادها. ورغم تقلص دورهما في الحياة إلا أنهما يمثلان دائماً همزة الوصل بين الأجيال والتراث الأسري والاجتماعي والديني والثقافي.



الشكل (1) الشكل العام لمراحل نمو الأسرة

دور ممرض المجتمع في رعاية الأسرة

على الممرض أن يفهم أن الأسرة نواة المجتمع، وهكذا تكون الأسرة وحدة متكاملة تحتاج إلى خدمات صحية وتمريضية، كما أن على الممرض أن يعي أن للأسرة دوراً في تعزيز الصحة من خلال توفير الاحتياجات الصحية الأساسية من غذاء وكساء ومسكن ومياه شرب صحية. كما أن للأسرة دوراً في الرعاية الصحية الأولية من خلال رعايتها الذاتية لصحتها. لهذا فإن للممرض دوراً في نشر الوعي الصحي وتزويد الأسرة بالمعرفة الصحية الضرورية لتحريك الفعل وترشيد الممارسة، وأي جهد يبذله الممرض في المجتمع مغفلاً دور الأسرة هو جهد مبتسر. فاستنهاض روح المبادرة لدى الفرد وتزويد الأسرة بالمعرفة أمور غاية في الأهمية. كما أن الممرض يستطيع الوصول إلى الأفراد والتعرف على مشاكلهم، ومن خلال العمل مع أسرهم يساعد على وضع تشخيص تمريضي حقيقي. فزيارة الفرد في منزله توضح لنا الوضع الاجتماعي والاقتصادي والصحي الذي يعيش فيه المستفيد والبيئة التي تحيط بالأسرة، وذلك لأن التكوين الاجتماعي للأسرة وتقاليدها وأنماط حياتها التي تمارسها تؤثر تأثيراً كبيراً على الوضع العام للأسرة. وعلى الممرض تفهم واحترام هذه التقاليد والأنماط والعادات والاستفادة من النواحي الصالحة في خدمة الأسرة والعمل على تغيير النواحي السلبية فيها.

تقييم الاحتياجات الصحية للأسرة

1- التقييم البيولوجي

ويشمل البدء بمعرفة جنس وعمر أفراد الأسرة، ومعرفة وجود أمراض حادة أو مزمنة لدى الأفراد، كذلك على الممرض معرفة وجود أمراض وراثية بالأسرة. وهنا على الممرض أن يعي أن الفرد جزء من الكل (الأسرة ـ المستفيد) حيث إن وجود فرد مريض بالأسرة يرتبط بتغييرات معينة داخل الأسرة. فمثلاً وجود طفل يعاني من مرض التلاسيميا الوراثي سينعكس على كل فرد من الأسرة وعلى البيئة الاجتماعية للأسرة.

2 ـ البيئة العامة

وتشمل تقييم بيئة المنزل الداخلية والخارجية، فقد نبدأ بالسؤال عن عدد غرف المنزل وهل هو ملك أم مستأجر. فمثلاً إذا كان المنزل قليل الغرف ومزدحماً فهذا سينعكس على الوضع النفسي لأفراد الأسرة. وكذلك علينا أن نقيم مدى تواجد أو عدم تواجد عناصر الأمان في بيئة المنزل مثل:

- وجود درج مكسر؛
- أثاث مكسر؛
- أسطوانات غاز غير آمنة؛

- سوائل تنظيف ومبيدات في متناول الأطفال؛
- أدوية بمتناول الأطفال؛
- نوافذ بدون حماية؛
- عدم وجود تهوية للمنزل؛
- موقع المنزل على شارع عام مكتظ بالسيارات... إلى آخره.

كذلك علينا تقييم البيئة المحيطة بالمنزل، مثل وجوده بحي نظيف أو حي متسخ، ووجود ضوضاء بالحي، ووجود مجارٍ عامة، وطرق التخلص من النفايات وعلى الممرض معرفة شعور الأسرة نحو بيئتها، فهل يشعرون بالرضى تجاه بيئتهم أم يشعرون بنقص معين فيها.

3 ـ البيئة النفسية

- طرق الاتصال: مثل نمط الاتصال بالأسرة ونوع الاتصال اللفظي وغير اللفظي ما بين الأفراد بالأسرة، كذلك علينا ملاحظة إذا ما كان كل فرد يستمع للآخر وإذا ما كان كل فرد يعبر عن مشاعره للآخر وما هي لغة الاتصال بالفرد الطفل أو الفرد المسن بالأسرة.
- مرحلة نمو الأسرة: كما قلنا سابقاً هناك مراحل نمو مختلفة للأسرة فعلينا معرفة في أي مرحلة تصنّف الأسرة؛
- الترابط العاطفي: مدى قوة العلاقات ودفئها بين الأفراد، وقوة ودفء الرعاية المقدمة للأطفال بالأسرة، وهل هناك جفاء من قبل الوالدين أثناء رعايتهم للطفل!
- التكيف: ونعني بالتكيف تقييم استراتيجيات التكيف بالأسرة كي يساعد الممرض في معرفة كيفية تعامل الأفراد مع الكرب والتوتر والمشاكل العائلية.
- تنشئة الطفل: هل هناك قسوة بتأديب الطفل أم لا؟
- الأدوار: هل هناك أدوار رسمية؟ هل يوجد تعارض بين دور الأم والأب؟ هل هناك أدوار نمطية غير قابلة للتغيير؛
- ديناميكية الأسرة: من المسيطر بالأسرة من يتخذ دور القيادة ـ من يتخذ القرارات بالأسرة؛
- هل يُحترم القائد بالأسرة أم لا.

4 ـ البيئة الاجتماعية

وتشمل تقييم المعتقدات الثقافية، المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة مثل معدل دخل الأسرة، وهل الأسرة مشتركة بنوادٍ أو جمعيات معينة.

5 ـ أنماط الحياة

وتشمل معدل ساعات النوم والراحة للأفراد، هل يمارسون الرياضة، وهل يدخّن أحد الأفراد، وهل هناك إجازات وأوقات ترفيهية للأسرة، وهل هناك معدل كرب وتوتر عالٍ؟

انظر نموذج (1) كمثال لوسيلة تقييم الأسرة.

وأخيراً علينا تقييم مدى استخدام الأسرة للخدمات الصحية في منطقتهم ومن ثم ننتقل إلى مرحلة تشخيص مشاكل الأسرة.

تشخيص المشاكل الصحية لدى المستفيد الأسرة

من أجل فهم هذا الجزء من الرعاية المقدمة للأسرة سنقوم باستخدام دراسة حالة لأسرة والعمل عليها في مراحل التشخيص والتخطيط والتنفيذ والتقييم. وفيما يلي دراسة الحالة:

تقوم الممرضة سهى بزيارة أسرة السيد والسيدة حسن. الزوجة مها عمرها 30 عاماً وهي حامل بطفلها الرابع والأطفال أعمارهم 4 و 15 و 12 عاماً. تعاني مها من ضغط الدم والاكتئاب، وقد كلمت مها الممرضة عن مشاكلها مع زوجها. فزوجها يأتي متأخراً للمنزل لأنه يعمل بوظيفتين من أجل إعالة أسرته وهو في المنزل دائم الصراخ والجدل، وخاصة مع الابن الكبير واسمه محمد. فمحمد كثير الغياب عن المدرسة وغير مجتهد، وتعتقد الأم مها أن سبب ضعف محمد بالمدرسة هو شدة الأب عليه. وقد لاحظت الممرضة وجود القليل من التواصل ما بين الزوجين.

بعد قراءة دراسة الحالة وبالاعتماد على التقييم الذي يفترض إجراؤه أولاً كما ذكرنا سابقاً، يمكن أن نقول أن التشخيصات التمريضية التي تنطبق على الأسرة هي:

1 ـ كرب وتوتر بدليل ضعف التواصل وكثرة الجدل بين الزوجين؛

2 ـ اضطراب في أدوار الأسرة؛

3 ـ مخاطر عالية للعنف بالأسرة؛

4 ـ مخاطر عدم المحافظة على الصحة للزوجين.

كذلك نلاحظ أن الأم غير ملتزمة بتنظيم الأسرة بالرغم من الضائقة المالية التي تعاني منها الأسرة. والآن بعد كتابة هذه التشخيصات نستطيع الانتقال إلى خطوتي وضع خطة رعاية هذه الأسرة وتنفيذها.

وضع خطة الرعاية وتنفيذها

أول خطوة علينا عملها هو إشراك أفراد الأسرة في وضع احتياجاتهم ومشاكلهم وذلك حتى يكونوا عنصراً فاعلاً في تنفيذ الخطة. فإذا ما عدنا إلى التشخيصات التمريضية التي سبق أن ذكرناها، فسنجد أن اهتمامات ومشاكل الأسرة تنصب في ما يلي:

- الدخل القليل؛

- اضطراب الاتصال بين أعضاء الأسرة؛
- توقع تغيير في الأدوار مع ولادة الطفل الجديد؛
- اكتئاب السيدة مها وارتفاع ضغط الدم عندها؛
- احتمالية إصابة الأب بالتوتر أو بأمراض مرتبطة بالتوتر؛
- عدم التزام محمد بالمدرسة.

بعد أن تتفق الأسرة مع الممرضة على ماهية المشاكل التي تعاني منها، تبدأ بتنفيذ حلول هذه المشاكل:

1 ـ التشخيص ـ كرب وتوتر بدليل ضعف الاتصال

الإجراءات التمريضية

- ستقوم الأم مها بدور الوسيط بين الأب وابنه من أجل إجراء اتصال مفتوح وفعال.
- ستساعد الأم مها زوجها على تفهم أن محمد يمر في فترة مراهقة.
- ستجعل الزوجين يقومان بجلسة اتصال فعال ومفاتحة من أجل تخفيف توترهم.... إلى آخره.

2 ـ التشخيص ـ اضطراب في أدوار الأسرة

الإجراءات التمريضية

- مناقشة الزوجين التغيير في الأدوار الذي سيحصل عندما يأتي الوليد الجديد للأسرة، جعل محمداً يفكر في أخذ دور أكثر ديناميكية بالأسرة بحيث يكون دوراً ذا مسؤولية أكبر ومع حرية مسؤولة... إلخ.

3 ـ التشخيص ـ مخاطر عالية للعنف بالأسرة

تحويل الزوجين لمستشار اجتماعي ونفسي إن وجد ذلك في منطقتهم، تحويل محمد للمرشد الاجتماعي الذي يعمل بمدرسته لمناقشة مشكلة عدم التزامه بالدروس والعنف بالتعامل مع أسرته.

4 ـ التشخيص ـ مخاطر عدم المحافظة على الصحة من قبل الزوجين

الإجراءات التمريضية

- التأكد من أن الأم تقوم بالزيارة الدورية لمركز الأمومة والطفولة في منطقة سكنها لمتابعة ضغط الدم.
- تثقيف الأم حول مدى أهمية تناول طعام قليل الملح.
- تعليم الزوجين طريقة الاسترخاء من أجل خفض التوتر.
- مناقشة الأم في موضوع تنظيم الأسرة إذا رغبت في ذلك.

تقييم خطة الرعاية

بعد أن تنهي الممرضة سهى تنفيذ الإجراءات التمريضية المذكورة سابقاً، عليها أن تبدأ بتقييم مدى تحقق الأهداف، أي هل تم حل المشاكل التي ذكرت في مرحلة التقييم والتشخيص؟ فإذا كانت الإجابة نعم، هذا يعني أنه على الممرضة أن تنهي علاقتها بالأسرة، أما إذا كانت الإجابة لا فهذا يعني أنه على الممرضة سهى أن تعيد عملية التقييم من أجل جمع معلومات جديدة ومن ثم معرفة أين توجد المشكلة: هل هي بالتقييم أم بالتشخيص أم بالتخطيط أم بالتنفيذ. وهكذا نلاحظ أن التقييم عملية مستمرة لا تتوقف. أخيراً على الممرض أن يتذكر عند تحقيق جميع الأهداف أن يترك عنوان عمله ورقم هاتفه للأسرة قبل أن ينهي علاقته بها.

النموذج (1): ورقة تقييم الأسرة

1 ـ اسم العائلة: ....

العنوان: ....

2 ـ أفراد العائلة:

الاسم	العمر	المهنة	الملاحظات

3 ـ خريطة البيئة للعائلة (ثلاثة أجيال)

4 ـ تخطيط الخريطة

5 ـ وصف البيئة الداخلية وصحتها

6 ـ وصف البيئة الخارجية وصحتها

7 ـ طرق تكيّف العائلة مع صعوبات الحياة من النواحي

أ ـ الجسمية (دون حدوث مرض)

ب ـ الجسمية (في حالة حدوث مرض)

ج ـ النفسية

د ـ الاجتماعية

8 ـ ديناميكية الأسرة

أ ـ اتصال أفراد الأسرة بعضهم مع بعض

ب ـ مركز القوة في الأسرة (اتخاذ القرارات)

ج ـ توزيع الأدوار على أفراد الأسرة

9 ـ أنماط الحياة السائدة بالأسرة

10 ـ البيئة الاجتماعية

الثقافية:

الديانة:

قيم ومعتقدات الأسرة:

مراجع للاستزادة

(1) Spradely, B.W. and Allender J.A; Community Health Nursing. Concepts and Practice. Fourth ed.Lippincott. (1996).

(2) منظمة الصحة العالمية - دراسات جديدة حول أنماط شكل الأسرة وصحتها (1981).

(3) Wright LM, Leahey M; Nurses and Families: a guide to family asmart and intervention, ed 2, Philadelphia, FA Davis. (1994).

(4) Swanson J. and Albrecht M., Community Health Nursing. Promoting the Health of Aggregates, W.B. Saunders Comp. (1993).

(5) Stanhope, M, and Lancaster, J; Community Health Nursing: promoting health of aggregates, families, and individuals, 4th ed, Mosby St. Louis. (1996).

الفصل الثالث

الرعاية التمريضية المنزلية

تختلف الرعاية المقدمة من ممرض صحة المجتمع عن الرعاية المقدمة من الممرض الذي يعمل في المستشفى. فالمعلومات في المستشفى تكون خاصة بالمريض فقط ولا تعطي أي خلفية عن أسرة المريض وطريقة حياته في المجتمع. وفي الغالب تعتمد الرعاية المعطاة في المستشفى على العلاج من الممرض أكثر من الوقاية أو الارتقاء بالصحة. أما بالنسبة للمراكز والعيادات الصحية فهي تعتبر قريبة نوعاً ما من إقامة المستفيد، ولكن لا يزال هناك العديد من المميزات التي لا يمكن لممرض صحة المجتمع الحصول عليها إلا بواسطة زيارة المستفيد في مكان إقامته الحقيقية وذلك عن طريقة الزيارات المنزلية. فالزيارات المنزلية تنمي الرابطة المستمرة بين المراكز الصحية والعيادات والأسر الموجودة في المجتمع.

ونستطيع أن نعرّف الرعاية التمريضية المنزلية بأنها عملية تقديم العناية التمريضية للمستفيد سواء كان مريضاً أم معافًى في منزله، وهي تشمل الرعاية الصحية الشاملة للنواحي الاجتماعية والنفسية والروحية والتأهيلية وغيرها.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سوف يكون القارىء قادراً على أن:

1 ـ يناقش أهمية الزيارات المنزلية؛
2 ـ يذكر القواعد الأساسية الواجب اتباعها عند الزيارات المنزلية؛
3 ـ يفرق بين أنواع الزيارات المنزلية؛
4 ـ يحدد مميزات وعيوب الزيارات المنزلية؛
5 ـ يشرح أسلوب تطبيق مراحل الزيارات المنزلية؛
6 ـ يضع خطة للزيارات المنزلية؛
7 ـ يستخدم الأسلوب الأمثل للعملية التمريضية أثناء الزيارات المنزلية؛

8 ـ يصف مكونات حقيبة الممرض وأسلوب إعدادها والحفاظ عليها وصيانتها.

أهداف الزيارات المنزلية

للزيارات المنزلية أهداف عديدة منها:

1 ـ التعرف على بيئة الأسرة والحالة الاجتماعية والصحية وتحديد مدى تأثيرها على صحة العائلة؛

2 ـ الارتقاء بصحة الأسرة عن طريق إمداد أفراد العائلة بالتثقيف الصحي المناسب حسب احتياجاتهم وبطريقة تتناسب مع مستواهم السني والتعليمي؛

3 ـ فهم ومعرفة العائلات التي تتم زيارتها معرفة جيدة وملاحظة مشاكلها الصحية؛

4 ـ تحويل العائلة إلى المؤسسات الخدمية المتخصصة المناسبة لحالتهم كمساعدة لحل مشاكلهم؛

5 ـ تحسين صحة المجتمع عن طريق جعل الخدمات الصحية في متناول كل أفراد المجتمع، وبخاصة غير القادرين على الذهاب إلى المراكز الطبية. مثال ذلك إعطاء الرعاية التمريضية بالمنزل، مثل الغيار على الجروح أو إعطاء الحقن أو إجراء بعض التحليلات الطبية؛

6 ـ الارتقاء بصحة المجتمع وبخاصة الأمهات والأطفال.

وظائف ممرض صحة المجتمع في الرعاية المنزلية

1 ـ إعطاء تثقيف صحي لمساعدة الأسر في تعزيز صحتها والبحث عن كيفية اتباع العائلة للنصائح والإرشادات التي سبق إعطاؤها لهم، مثل استخدام المراكز الصحية المختلفة، وأخذ العلاج بانتظام واستخدام الأسلوب الأمثل للتخلص من القمامة والقاذورات، وذهاب السيدة الحامل إلى المركز الصحي لمتابعة الحمل بانتظام، وممارسة أنماط حياة صحية... الخ؛

2 ـ مساعدة الأسرة على تعلم وتنمية مهارات معينة باستخدام مصادرهم وأدواتهم الخاصة، مثل تحضير محلول معالجة الجفاف، وكيفية الغيار على بعض الجروح، وتحضير وجبة للطفل عند فطامه باستخدام الأطعمة المتوفرة للأسرة، وشرح بعض الخطوات التمريضية التي يمكن القيام بها في المنزل باستخدام المصادر المنزلية والخدمات والمصادر الطبية المتاحة؛

3 ـ ملاحظة الرعاية التمريضية المعطاة بواسطة فرد من أفراد الأسرة للمريض وتقديم الملحوظات والإرشادات الضرورية عند الحاجة؛

4 ـ جمع بيانات عن الأسرة مثل بيانات عن المنطقة أو الحي الذي تعيش به الأسرة، ومكان المعيشة وكيفية تصرف أفراد الأسرة في بعض المواقف، وتحديد العلاقات والانفعالات والتفاعلات المختلفة داخل الأسر؛

5 ـ متابعة المستفيد من المستشفى إلى المنزل، وهي عنصر هام في مرحلة النقاهة والتأهيل. وتعتبر المتابعة من برامج وخدمات ممرضة صحة المجتمع وذلك لأنها تحقق عدة أهداف منها أن الرعاية شفاء للمريض واستعادة لقوته وكذلك حماية لباقي الأسرة من انتقال العدوى إليهم في حالة الأمراض المعدية، وهي توفر الراحة النفسية للمريض وعائلته كما أنها أقل كلفة بكثير من العلاج في المستشفيات. وهنالك حالات مرضية كثيرة تحتاج لرعاية بالمنزل أثناء المرض وفي دور النقاهة.

أما القواعد الأساسية الواجب اتباعها عند تأدية الزيارات المنزلية فهي:

1 ـ تحديد العائلات المعرضة للخطر والقيام بالزيارات حسب الأولويات؛

2 ـ استغلال الوقت المتاح لزيارة الأسر الموجودة في مكان واحد في نفس اليوم؛

3 ـ القيام بالرعاية التمريضية للأسرة كوحدة واحدة؛

4 ـ تقديم الرعاية التمريضية التي يوافق عليها المستفيد؛

5 ـ تشجيع أفراد الأسرة على تنفيذ الإرشادات الصحية والمداومة عليها؛

6 ـ إعطاء النصائح والإرشادات بطريقة عملية وبلغة مفهومة؛

7 ـ العمل على تثقيف الأسرة صحياً حسب الإمكانيات والموارد المتاحة؛

8 ـ تقييم مدى فاعلية الرعاية المعطاة للأسرة بالقيام بزيارات متابعة؛

9 ـ توثيق الرعاية التمريضية التي تم تنفيذها.

أنواع الزيارات المنزلية

1 ـ الزيارات الروتينية المنظمة

وهي الزيارات المنزلية التي تمارس في منطقة ما لاكتساب معلومات عن هذه المنطقة، مثل عدد الأسر بها، ومتوسط عدد الأفراد في الأسرة الواحدة، وكذلك لمحاولة معرفة معلومات عن أفراد العائلة لتحديد الاحتياجات والمشكلات الصحية التي تواجههم ومعرفة كيفية معيشة هذه الأسر في المنطقة التي تؤدى بها خدمات الزيارات المنزلية. وتمارس هذه الزيارات كذلك للعمل على تعليم أفراد الأسرة وإعطائهم تثقيفاً صحياً في المجالات المختلفة مثل كيفية الحفاظ على صحة الأسرة والارتقاء بها، ورعاية الأمهات قبل الولادة وبعدها، وكيفية اتباع العلاج بطريقة صحيحة.

2 ـ الزيارات المختارة

يتم تأدية هذه الزيارات كاستجابة لحل مشاكل صحية في بعض الأسر مثل إجراء مسح وبائي أو اكتشاف حالات مرضية معينة.

3 ـ زيارات للمتابعة

هي زيارات لمتابعة تنفيذ المستفيد الذي يحتاج لاستمرارية الرعاية التمريضية فترة كافية لتحقيق الهدف ومثال ذلك:

- زيارة العائلة التي يوجد بها طفل حديث الولادة؛

- ملاحظة الأطفال ناقصي النمو بعد خروجهم من المستشفى؛
- مساعدة الأم في حل مشكلات الفطام؛
- متابعة الحالات بعد خروجها من المستشفى مثل الأطفال الذين يعانون من نقص التغذية الشديدة مثلاً؛
- متابعة المستفيدين الذين يعانون من أمراض مزمنة مثل ضغط الدم وأمراض القلب التاجية والسكري والسرطان؛
- مناقشة المخاطر التي تواجه الأسرة وتؤثر على حالتها الصحية.

مميزات الزيارة المنزلية

1 ـ ملاحظة الأسرة في جو عائلي يسهل عملية الاتصال عنها في الجو المحيط بالمستشفى أو العيادة. فالأسرة في بيئتها الطبيعية تكون في حالة من الاسترخاء بينما يشعر المستفيد في العيادات والمراكز بأنه يجب أن يسرع لتلبية احتياجاته الخاصة مما يعوق عملية الاتصال والتواصل ولا يستطيع المستفيد أن يأخذ المعلومات كاملة من الممرض أو الطبيب.

2 ـ إن معدل قلق المستفيد في المنزل يكون قليلاً لأن المنزل هو مكانه المألوف مما يعطي الفرصة للممرض للارتقاء بعملية الاتصال ويمكّنه من إعطاء الرعاية التمريضية بطريقة مؤثرة وفعالة.

3 ـ أثناء الزيارة المنزلية يقوم الممرض بملاحظة كل أفراد الأسرة وتقييمهم في زيارة واحدة، مما يوفر في الوقت المبذول لإعطاء الرعاية التمريضية.

4 ـ الزيارات المنزلية تتيح الفرصة للممرض للتعرف على البيئة المحيطة بالمنزل حيث يستطيع التعرف على الجيران ويصبح على دراية بالمصادر الموجودة والعادات والتقاليد والاتجاهات والقيم، مما يمكنه من تحديد الاحتياجات بطريقة جيدة.

5 ـ الزيارات المنزلية تتيح للممرض أن يحدد العائلات المعرضة للخطر ومن ثم يقوم بترتيب زياراتها حسب الأولويات.

6 ـ أثناء الزيارات المنزلية يقوم الممرض بمتابعة الحالات ويعمل على تقديم النصح الإرشادي الذي تم إعطاؤه للعائلة وإذا ما كان له تأثير على الأسرة نحو الوصول للهدف أم لا.

7 ـ أثناء الزيارة المنزلية يقوم الممرض بتقييم أشياء كثيرة في نفس الزيارة مما يوفر الوقت، مثلاً ملاحظة النظافة الشخصية، ومصادر المياه، وصحة البيئة، ووجود إنارة وتهوية كافية، ونظافة البيت وحفظ الأغذية وكذلك الانفعالات داخل العائلة... الخ.

8 ـ يستطيع الممرض أن يستغل وقت الزيارة المنزلية في نشر النصح والإرشادات الصحية لأكثر من فرد، حيث يقوم الجيران والأصدقاء بالتجمع حوله والترحيب به كصديق وبالتالي يستمعون للنصائح ويستفيدون منها.

9 - يقوم الممرض بإعطاء التثقيف الصحي والرعاية التمريضية اللازمة في الحال وحسب الاحتياجات الحالية وقت الزيارة، كما أن الممرض يعطي الإرشادات عن الرعاية التمريضية باستخدام نفس الأدوات المتاحة المعتادة الاستخدام في الأسرة والتعامل معها بطريقة صحيحة وبذلك تكون النصائح المعطاة عملية ومناسبة.

10- يستطيع الممرض عن طريق زيارة الأسر في منازلهم في جو ودي مريح أن يشجع المستفيدين لتكوين مجموعات مساندة لتحسين أوضاعهم وحالتهم الصحية وكذلك نشر الوعي الصحي لاستخدام الخدمات الصحية المحلية المتاحة.

11- تعمل الزيارات المنزلية على توثيق الصلة وزيادة الثقة بين الممرض وأفراد الأسرة، وبخاصة عندما يكون الممرض مقنعاً للأسرة وعنده الرغبة الحقيقية في مساعدة الأسرة من خلال فهمه لأفرادها.

عيوب الزيارات المنزلية

رغم أن الزيارات المنزلية تعتبر وسيلة فعالة ومؤثرة لإعطاء الرعاية التمريضية والتثقيف الصحي للأسرة كمستفيد، إلا أن هناك بعض المشكلات التي يمكن حدوثها أثناء الزيارات، ومنها على سبيل المثال:

أ - عامل الوقت

إن الزيارات المنزلية مكلفة من حيث المجهود والوقت، وتشمل التكاليف مصاريف الرحلة نفسها وكذلك الوقت المبذول من قبل الممرض. وهناك عدة مشكلات من المحتمل حدوثها بطريقة طارئة مما يستهلك وقت الممرض ويزيد من تكاليف الزيارات. مثال ذلك عدم وجود المستفيد في المنزل وقت تأدية الزيارة أو أن يضل الممرض الطريق أثناء ذهابه لتأدية الزيارة.

ومن الممكن تقليل هذه المشكلات المؤثرة في الوقت إذا أتبع الممرض الإرشادات الآتية:

- يقوم الممرض بوضع الخطة الخاصة به حيث يزور عدد من الأسر في نفس المنطقة في ذات اليوم، كما يجب أن يكون مع الممرض خريطة دقيقة بالشوارع والأحياء ويجب عليه أن يدرس جيداً كيفية استخدام الخريطة والدليل الإرشادي بطريقة صحيحة.
- على الممرض أن يأخذ العنوان من المستفيد بطريقة صحيحة مع الوصف وأن يسأل عن كيفية الوصول إلى المنزل باستخدام أقصر الطرق.
- إجراء الترتيبات اللازمة لزيارة العملاء بأخذ ميعاد مسبق، ويجب على الممرض أن يحاول الاتصال بالأسرة بكل طريقة ممكنة في حالة التأخير أو الاعتذار أو تأجيل الزيارة.

ب - كثرة التدخلات الخارجية

تعتبر التدخلات والمقاطعات التي تحدث أثناء الزيارة عاملاً آخر من عيوب الزيارات

المنزلية، ومثال لذلك صراخ الأطفال، زيارات الجيران والأصدقاء، والصوت العالي والضوضاء... إلخ. وحيث إن الممرض هو ضيف في بيت المستفيد، فإن درجة تحكمه في هذه العوامل تكون محدودة. وعلى ذلك يجب عليه التكيف مع هذه العوامل وفي بعض الأحيان يجد أنه من المحتم عليه إنهاء الزيارة، على سبيل المثال، عندما يشعر الممرض أن زيارة الصديق أو الجار أكثر أهمية للمستفيد من الزيارة التي يقوم هو بها.

ج - إنشغال الأسرة

من الممكن أن يجد الممرض عند قيامه بالزيارة المنزلية أن الأسرة مشغولة بأداء بعض الأعمال المنزلية، وفي هذه الحالة يضطر الممرض إلى تأجيل الزيارة إلى وقت آخر. ومن الممكن تلافي ذلك إذا قام الممرض بالاتفاق مسبقاً مع الأسرة على موعد محدد قبل القيام بالزيارة.

د - رفض الزيارات

تمانع بعض الأسر وتعارض الزيارات المنزلية لأنهم قد يشعرون بأن هناك اختلافات بين ثقافتهم وقيمهم واتجاهاتهم وثقافة وقيم واتجاهات الممرض. كما أن بعض الأسر ترفض دخول أي شخص غريب إلى منزلهم عدا أفراد أسرتهم أو أصدقائهم. ومن الممكن أيضاً أن يكون من أسباب رفض الزيارات أن بعض الأسر قد يشعرون بالخجل من منازلهم وأماكن معيشتهم وبالتالي فهم يرفضون أي زيارات منزلية.

هـ - تضارب الأدوار

أحياناً يكون من الصعب على الممرض أن يحافظ على الجو الرسمي بينه وبين العائلة أثناء الزيارات المنزلية، حيث أن ذلك قد يؤثر على نجاح عملية الاتصال. وهذا يمكن أن يؤدي إلى خلط الأدوار والشعور بأن من الصعب عليه التفرقة بين دوره في تقديم الرعاية التمريضية ومساندة الأسرة وبين علاقات الصداقة التي تتكون بينه وبين أفراد الأسرة. ويظهر ذلك بوضوح لدى ممارسي التمريض الجدد أو الطلبة.

و - عدم تحقيق الأهداف المرجوة

أحياناً تتسبب الاختلافات في الثقافات والقيم والتقاليد وطرق وأنماط الحياة بين أفراد الأسرة والممرض في عدم تنفيذ الأسرة للنصائح والإرشادات الصحية التي سبق إعطاؤها لهم من قبل الممرض، مما يؤثر سلبياً على الوصول إلى الأهداف المنشودة من الزيارات المنزلية.

ز - المواصلات وطرق الانتقال

أحياناً تكون وسائل المواصلات غير متوفرة أو مزدحمة أو مكلفة مما يصعب من وصول الممرض إلى الاماكن المطلوب زيارتها.

ح - قلة تبادل الخبرات

لا تعطي الزيارات المنزلية، على عكس ما هو الوضع في العيادات، الفرصة الكافية لأفراد

الأسرة للمشاركة بخبراتهم مع الأفراد الآخرين بالمجتمع الذين يعانون نفس المشكلات الصحية.

أولويات الزيارات المنزلية

من الممكن أن يكون عدد العائلات المطلوب من الممرض زيارتها وإعطاء الرعاية لها كبير، وفي هذه الحالة يجب على الممرض أن يقوم بتصنيف هذه الزيارات حسب الاهمية حيث يبدأ بالزيارات المهمة جداً وينتهي بالزيارات التي يستطيع إجرائها إذا تصادف وجوده في المكان. ولأنه ليس من الممكن أن يزور الممرض كل العائلات في المجتمع، فمن المستحسن في هذه الحالة أن يزور عدداً من الأسر، وهم الفئات المعرضة للخطر، بدلاً من زيارة عدد كبير من الأسر بطريقة سطحية.

المجموعات والعائلات المعرضة للخطر

هناك مجموعات من الناس والعائلات التي يجب أن تعطى لهم الأولوية في الزيارات المنزلية. مثل الفئات التالية:

1 ـ الحوامل والأمهات المرضعات؛
2 ـ الأمهات اللواتي ولدن أطفالاً توائم أو غير مكتملي النمو؛
3 ـ الأمهات صغيرات السن (دون سن 20 سنة) أو كبار السن (فوق سن 35 سنة)؛
4 ـ الأطفال الذين فقدوا أمهاتهم؛
5 ـ العائلات ذات المشاكل الخاصة، مثل عدم وجود الأب أو الأم، أو سفر الزوج، أو وجود أطفال معاقين أو وجود أفراد مسنين بالأسرة...إلخ؛
6 ـ العائلات التي يوجد بها أطفال تحت سن 5 سنوات؛
7 ـ العائلات التي يعاني بعض أفرادها من أمراض معدية، وبخاصة إذا كان الأب غير قادر على العمل، وهذه يجب أن تتم زيارتها آخر اليوم؛
8 ـ كبار السن الذين يعيشون بمفردهم؛
9 ـ العائلات التي لا يستخدم أفرادها العيادات الصحية المختلفة في المجتمع؛
10ـ الأمهات والأطفال الذين يعانون من سوء التغذية؛
11ـ العائلات التي يوجد بها مريض حديث الخروج من المستشفى ويحتاج لمتابعة منزلية؛
12ـ العائلات التي يكون لدى أفرادها سجل صحي سيىء (مثل تكرار الدخول إلى المستشفى)؛
13ـ العائلات التي يوجد بها أفراد يعانون من أمراض مزمنة، مثل السكري وارتفاع ضغط الدم ولا يلتزمون ببرامج الوقاية وتحسين الصحة؛
14ـ العائلات التي يوجد بها أفراد يحتضرون من مرض مزمن كالسرطان مثلاً.

مراحل تطبيق الزيارة المنزلية

تهدف زيارات الممرض إلى مساعدة الأسرة على حل مشاكلها الصحية. ويجب على الممرض أن يتبع الخطوات التالية للقيام بالزيارات المنزلية:

1 ـ المرحلة الأولى: مرحلة التحضير للزيارة.

أ ـ جمع البيانات: وهناك طريقتان يمكن للممرض أن يتبعهما لجمع البيانات.

الطريقة الأولى: وهي التحضير الجيد وجمع كل البيانات عن الأسرة قبل تأدية الزيارة الأولى. وهذا يتطلب من الممرض أن يقرأ جيداً ملف الأسرة الصحي حتى يصبح على علم ودراية بكل شيء خاص بالأسرة آخذاً في الاعتبار الثقافة والحالة الاجتماعية والديانة.

في هذه الطريقة يقوم الممرض بقراءة كل الملاحظات التي سبق أن كتبها أعضاء الفريق المتعامل مع هذه الأسرة من قبل ومحاولة التحدث مع كل الأفراد الذين يعرفون الأسرة، وكل هذا سيساعده على تكوين تصور معين عن الأسرة التي سيقوم بزيارتها.

الطريقة الثانية: وفي هذه الطريقة يتوقف الممرض عن جمع أي بيانات متعلقة بالأسرة حتى يزور الأسرة الزيارة الأولى ويأخذ الانطباع الأول عن الأسرة بنفسه. وفي هذه الحالة يقوم الممرض بإجراء مراجعة مختصرة لملف الأسرة لمعرفة سبب الزيارات مع تجنب قراءة أي ملاحظات أخرى مدونة من قبل الممرضين أو من أعضاء الفريق الصحي.

في هذه الطريقة يعتمد الممرض على مهارته الشخصية في الملاحظات وتحديد الاحتياجات في الحال، ويأخذ وجهة نظر الأسرة في مشاكلها الصحية كما يراها أفراد الأسرة. وبعد ذلك يقوم الممرض بتحليل المعلومات والإشارات والرموز التي جمعها من الزيارة الأولى ويقوم بتدوينها ثم يبدأ في قراءة ملف العائلة حتى يتأكد من أن جميع وجهات النظر قد تم أخذها في الاعتبار.

ب ـ بعد جمع البيانات يتم وضع قائمة بالزيارات المتوقع إجراؤها يومياً، ويجب أن تشمل الاسم والعنوان وترتيب الزيارة.

ج ـ عمل الترتيبات الخاصة بالزيارة بالاتصال بالمستفيد وأخذ ميعاد مع وضع البدائل التي سيتخذها في حالة عدم إتمام زيارة ما.

د ـ جمع بيانات عن البيئة المجاورة للمنزل الذي سيقوم الممرض بزيارته والمصادر الموجودة فيها، مثل المعاهد والمراكز والأسواق وقيادات المجتمع ـ المعتقدات والثقافة... الخ.

هـ ـ كتابة خطة الرعاية المنزلية مع أخذ الأولويات في الاعتبار.

و ـ تحضير حقيبة الزيارات المنزلية مع أخذ الأولويات في الاعتبار.

ز ـ ارتداء الزي الخاص بالزيارات. ويجب أن يكون مناسباً ونظيفاً ومريحاً وغير ملفت

للأنظار، مع ارتداء الحذاء المناسب الذي يسهل الحركة. ويجب أن يلاحظ الممرض أن طريقة هندامه ولبسه ومظهره تنعكس على نظرة المجتمع ومدى تقبله له ولدوره.

2 ـ المرحلة الثانية: الاتصال بالعائلة (التقدم للعائلة)

وتشمل هذه المرحلة عدة نقاط:

أ ـ يقوم الممرض بتقديم نفسه إلى الأسرة والدخول إلى المنزل وهذا يبدأ عندما يقوم المستفيد بفتح باب ويقابله الممرض ويجب على الممرض آنذاك أن يقوم بتقديم نفسه وشرح الغرض من الزيارة إلى الأسرة. وهذه المرحلة تعتبر هي الأساس لبدء علاقة قوية بين الأسرة والممرض على أساس من الثقة المتبادلة. ومن الضروري أن يقوم الممرض بإظهار المشاعر الطيبة وروح العطف والصداقة عند تعامله مع أفراد الأسرة.

ب ـ شرح أسباب الزيارة وتوضيحها أكثر بعد الدخول إلى المنزل. ويجب أن يقوم الممرض بتقبل المستفيد كما هو وهذا يشمل طريقته في الكلام، والبيئة التي يعيش بها، ونظافته... إلخ. وهناك بعض التصرفات التي تسهل مهمة الممرض في إظهار مدى تقبله للمستفيد مثل الابتسام، والسلام باليد، واستخدام طرق الاتصال الجيدة مثل العين وحركات اليدين والرأس، ومحاولة مراعاة الثقافة والعرف في المجتمع الذي يقوم بزيارته (مثال ذلك، عندما يرفض الطعام أو الشراب المقدم إليه من المستفيد، يجب أن يكون بطريقة لبقة لا تشعر المستفيد بأي حرج أو جرح لمشاعره).

ج ـ عند البدء في الاتصال بالأسرة على الممرض محاولة إقامة علاقات مع جميع أفراد الأسرة وملاحظتهم كلما أمكن. ومن المهم مقابلة رب الأسرة لأن دوره مهم ومؤثر في الأسرة.

د ـ على الممرض أن يعمل على تهيئة الجو الذي يساعد الأسرة وأفرادها على إظهار مشاعرهم والتحدث عن مشاكلهم في سهولة وفي جو من الراحة النفسية، وعليه أن يحافظ على استمرارية هذا المناخ أثناء الزيارات المنزلية المتتابعة طالما أن العلاقة بينه وبين أفراد العائلة مستمرة. ويمكن أن يستخدم بعض التصرفات التالية لخلق هذا المناخ:

- ملاحظة الفروق الفردية بين أسرة وأخرى وحتى بين أفراد العائلة الواحدة. فعلى الممرض ان يبتكر الطريقة التي يستخدمها لإعطاء العناية التمريضية بناء على الحالة والوضع الذي يختلف من أسرة لأخرى باستخدام الأدوات والمصادر المنزلية.
- المرونة والعمل على احترام المستفيد ووجهة نظره من جهة الوقت الذي يقوم به بالأنشطة التمريضية وطريقة عملها حسب الاحتياج ورغبة المستفيد.
- متابعة الرعاية التي بدأها والعمل على استكمالها على الوجه الأمثل والالتزام بمسؤولياته، وهذا يزيد من الثقة المتبادلة بين الممرض والمستفيد.
- الاحترام المتبادل بين الممرض والمستفيد يعمل على إرساء قاعدة أساسية من الثقة مما ييسر عملية التثقيف الصحي ويسهل إعطاء الخدمة التمريضية المطلوبة.

- اتباع قواعد وأساسيات الاتصال الناجح مهم جداً وضروري في كل من مراحل العملية التمريضية، وهو يساعد الممرض على جمع المعلومات المطلوبة وكذلك يساعد على رؤية عالم الأشخاص الآخرين من خلال وجهة نظرهم وليس وجهة نظره كممرض فقط. كما أنه يساعده على مساعدة المستفيد ومساندته بطريقة عملية ومرنة مما يجعله يتقبل وينفذ الإشارات المعطاة له بثقة تامة.

3 ـ المرحلة الثالثة: مرحلة العمل

في هذه المرحلة يقوم الممرض بملاحظة ومناقشة مشاكل الأسرة الصحية. وهي أهم مرحلة في العملية التمريضية حيث إن الممرض في هذا المرحلة يقوم بجمع المعلومات والإجابة عن الاستفسارات المقدمة له ويناقش مع الأسرة مشاكلها، كما أنه يقوم بتعليم أفراد الأسرة ما يحتاجونه من طرق الرعاية التمريضية.

وفي هذه المرحلة يقوم الممرض باستخدام طريقة الملاحظة في كل مرة يزور فيها الأسرة، مثل ملاحظة كيفية تصرفهم وتعاملهم في حالة الصحة والمرض. ويجب عليه أن يدون ملاحظاته، فالملاحظة الدقيقة تمكّنه من اكتشاف المشاكل في بداية حدوثها وبالتالي معالجتها بسرعة قبل أن تتفاقم.

ويقوم الممرض في هذه المرحلة أيضاً بتقرير مدى احتياجه لاستمرار المناقشة وإذا ما كان هناك حاجة لأخذ ميعاد آخر للزيارة لتكملة ما سبق أن بدأه من أعمال. ومن المعروف أن التثقيف الصحي والرعاية التمريضية يحتاجان إلى أكثر من زيارة، وعلى الممرض أن يتحلى بالصبر ليتدرج مع المستفيد من فكرة إلى أخرى ويعمل على تنفيذها حتى يصل إلى الهدف المرجو.

- فيما يلي أمثلة لبعض المعلومات التي يمكن الحصول عليها بطريقة الملاحظة عند القيام بالزيارة المنزلية:
- النظافة العامة؛
- نوع المبنى ومكونات المنزل، وعدد الحجرات، وعدد الأفراد في الحجرة الواحدة؛
- وجود مياه جارية؛
- وجود نظام صرف صحي جيد؛
- وجود حشرات وقوارض؛
- طريقة حفظ الأطعمة وحمايتها من الحشرات؛
- طريقة جمع القمامة؛
- الحالة الصحية للأسرة؛
- أنماط حياة غير صحية مثل التدخين.

وفيما يلي أمثلة لبعض المعلومات التي يمكن الحصول عليها عن طريق السؤال عنها أثناء الزيارة المنزلية: الخلفية الثقافية للأسرة، الاتجاهات، الممارسات بالنسبة للرعاية الطبية، التغذية، عادات الأكل، أنماط الحياة الصحية مثل ممارسة الرياضة، وغير الصحية مثل التدخين. المشاركة في الأنشطة المختلفة في المجتمع، كيفية التخلص من الكرب، كيف يتم التخلص من الحشرات والذباب، كيفية تحضير وطهي الطعام... الخ.

4 ـ المرحلة الرابعة: إنهاء الزيارة

في هذه المرحلة يقوم الممرض بتلخيص ما دار في المناقشات مع التركيز على الموضوع الأساسي المطروح في الزيارة بغرض الوصول إلى الهدف الأساسي المطلوب. والهدف من تلخيص المناقشات هو توضيح مدى فهم الأسرة وتقبلها للإرشادات المعطاة والنصائح، فقد يتطرّق البحث في الموضوع هدف الزيارة إلى مناقشات وإرشادات خاصة بأشياء أخرى على جانب أيضاً من الأهمية مما قد يؤدي إلى تشتيت تركيز الممرض وأفراد العائلة عن الهدف الأساسي. ولذلك يجب التركيز على ما تم إعطاؤه من إرشادات خاصة بالهدف الأساسي الذي هو سبب الزيارة لجذب انتباه أفراد العائلة للعمل على تنفيذه.

وعلى الممرض أن يقوم بالاتفاق مع الأسرة على ميعاد الزيارة القادمة قبل ترك الأسرة إذا كان يلتزم الاستمرار في زيارة تلك الأسرة.

5 ـ المرحلة الخامسة: ختام الزيارة والتقييم

على الممرض في هذه المرحلة أن يقوم بتسجيل ملاحظاته فوراً بعد انتهاء الزيارة مباشرة وإلا فإنه من الممكن أن ينسى بعض النقاط المهمة. ويقوم الممرض بعد انتهاء تدوين البيانات بوضع خطة مستقبلية على المدى الطويل لتعزيز صحة العائلة.

هذا وأثناء الزيارات المنزلية يكون الممرض قد قام بجمع البيانات وأجرى المناقشات مع أفراد العائلة حول مشاكلهم الصحية وقام بإمدادهم بطرق تعزيز صحتهم وتثقيفهم صحياً وفي هذه الحالة يحتاج الممرض لتقييم كل محتويات وطريقة الزيارة وأن يسأل نفسه عدة أسئلة مثل:

- هل قمت بتحقيق الهدف المنشود من الزيارة؟
- هل حدثت أي أشياء أثناء الزيارة تسببت في إعاقتي عن أداء عملي؟
- هل حدثت أي تغيرات في أولويات الزيارة من حيث احتياجات العائلة أو المستفيد؟... الخ.

هذه الأسئلة يجب أن يدرسها الممرض جيداً بتحليلها ويحاول أن يكتشف احتياجات الأسرة والأسباب وراء مشاكلهم الصحية وبالتالي يقوم بتحديد الأهداف الموضوعة للزيارات المستقبلية والعمل على الوصول إلى حل لها بالاتفاق مع الأسرة.

ويقوم الممرض بإنهاء الزيارات للأسرة إذا تحقق واحد أو أكثر من العوامل التالية:

1 ـ الوصول إلى الهدف المطلوب من وجهة نظر كل من المستفيد والممرض.

2 ـ استرداد الحالة الصحية الجيدة واستطاعة المستفيد المحافظة عليها دون حاجة أو مساندة أو مساعدة تمريضية.

3 ـ عند قيام المستفيد بتغيير محل إقامته أو عند نقله إلى مكان آخر.

ويجب على الممرض قبل ختام الزيارات أن يقوم بوضع وتنفيذ الخطة المستقبلية طويلة المدى التي ستستمر عليها الأسرة بعد ذلك دون حاجة لتواجد الممرض معها.

حقيبة الممرض

تعتبر حقيبة الممرض في جميع أنحاء العالم رمزاً للخدمات الصحية المعطاة للأسر من خلال الزيارات المنزلية. وعند قيام ممرض تمريض صحة المجتمع بالزيارات المنزلية، عليه أن يأخذ معه الأدوات والأشياء الضرورية لاستخدامها عند إعطاء الرعاية التمريضية، ولذلك يجب أن يقوم بتحضير الحقيبة الخاصة بالزيارات المنزلية بطريقة جيدة، بحيث يحافظ على نظافة وسلامة الأدوات المستخدمة. كما أنه يقوم بترتيبها في الحقيبة بطريقة مناسبة حسب جدول الزيارات التي سيقوم بها يومياً.

إن الترتيب الجيد للحقيبة والقيام بتنظيفها يساعد الممرض على استخدام الحقيبة عند الرعاية التمريضية بسهولة وعلى أكمل وجه. كما أن المحافظة على سلامة تعقيم ونظافة الأدوات المستخدمة ووضعها في المكان المناسب في الحقيبة وبطريقة صحيحة يعمل على حماية كل من المريض والعائلة والممرض نفسه ويحمي المجتمع كله من انتشار العدوى. انظر جدول (1) لتبيان ما يجب وضعه في الحقيبة.

فيما يلي بعض النقاط الاساسية التي يجب مراعاتها عند العناية بالحقيبة:

1 ـ عدم وضع الحقيبة أبداً على الأرض ويمكن للممرض أن يضع الحقيبة على رجليه عند جلوسه في المنزل أو في وسائل المواصلات العامة؛

2 ـ على الممرض أن يستخدم طرق التطهير والتعقيم والنظافة الفائقة للأدوات والأجزاء الداخلية من الحقيبة؛

3 ـ عند انتهاء الزيارة والعودة إلى المركز يجب أن يتم تغيير فوط اليد المستخدمة وكذلك المريلة؛

4 ـ الأدوات المستخدمة في الزيارة يجب غسلها بالماء والصابون ثم شطفها جيداً والقيام بعد ذلك بتعقيمها حسب نوعها؛

5 ـ الزجاجات التي تحتوي على المطهرات يجب العمل على تغييرها من وقت لآخر والتأكد من أنها مليئة بالمحاليل الخاصة بها قبل الزيارة؛

6 ـ يجب تنظيف الحقيبة من الداخل والخارج بالماء والصابون بصفة مستمرة؛
7 ـ فحص الحقيبة قبل تأدية الزيارات وكذلك قبل الخروج من المنزل للتأكد من أنها جاهزة للاستخدام وأن جميع الأدوات موجودة بها؛

جدول (1): محتويات حقيبة الزيارة المنزلية

• محاليل (سافلون، كحول، بيتادين) • باكتات غيار معقمة داخل كيس خاص بها، ويحتوي كل باكت على حقن غيار + مقص + حوض كلوي صغير + قطن + إسفنج + 4 قطع شاش صغير. في حالة عدم وجود باكتات معقمة داخل كيس، تحضر علبة غيار بها آلات وعلبة غيار بها غيارات معقمة، ومقص، وشاش، وأربطة مختلفة المقاسات، وبلاستر، وقفازات جراحية معقمة. • شريط قياس • قطّارة • خافضات لسان خشبية • حقن معقمة تستخدم مرة واحدة • جهاز ضغط دم • سماعة طبية • سماعة جنين • وحدة غيار معقمة • مريلة ممرض • فوط يد لاستعمال الممرض. • ميزان حرارة للفم وآخر للشرج • أنابيب اختبار • علبة شرائط لتحليل السكر بالبول • أكياس ورقية لوضع المخلفات على حسب عدد الزيارات • عدد من الورق المطوي على شكل مروحة بعدد الزيارات التي يذهب إليها الممرض.

8 ـ مراعاة وضع الأدوات المستخدمة والمتسخة في أعلى الحقيبة بعد الزيارة؛

9 ـ وضع الحقيبة بعيداً عن متناول الأطفال أثناء الزيارة حتى يحافظ على نظافتها؛

10ـ على الممرض أن يغسل يديه قبل استخدام الحقيبة والأدوات التي سيستخدمها في الزيارة، وأن يغسل يديه قبل إعادة الأدوات إلى الحقيبة مرة أخرى؛

11ـ إذا كان من الضروري إخراج أدوات أخرى من الحقيبة أثناء إعطاء الرعاية التمريضية، على الممرض أن يغسل يديه قبل إخراج هذه الأدوات؛

12ـ طي المريلة بعد الزيارة بحيث يكون الجزء المتسخ منها مطويًا إلى الداخل قبل وضعها في الحقيبة حتى لا تتلوث باقي الأدوات.

ترتيب الأدوات في الحقيبة

1 ـ وضع أدوات غسيل الأيدي في أعلى طبقة في الحقيبة؛

2 ـ يتم ترتيب الأدوات على حسب تدرّج استخدامها. ويمكن أيضاً وضع الأدوات التي يتكرر استخدامها أعلى الأدوات الأقل استخداماً؛

3 ـ الزجاجات والترمومترات، والمقصات، والأدوات الأخرى التي تحتاج لحماية خاصة يمكن وضعها عمودياً في جزء خاص بها أو يمكن وضعها في الجيوب الداخلية بالحقيبة إن وجدت.

أسئلة ونشاطات

1 ـ عرّف الزيارة المنزلية.

2 ـ اشرح أهمية الزيارات المنزلية.

3 ـ ما هي القواعد الأساسية الواجب اتباعها عند عمل الزيارات المنزلية؟

4 ـ ما هي مميزات وعيوب الزيارات المنزلية؟

5 ـ أذكر أنواع الزيارات المنزلية.

6 ـ اشرح المراحل التي يجب اتباعها لتطبيق الزيارة المنزلية.

7 ـ اذكر الأدوات الواجب توافرها في حقيبة الممرض ـ مع شرح القواعد الواجب اتباعها عند استخدام الحقيبة في الزيارات المنزلية.

8 ـ طلب منك زيارة أسرة مكونة من أربعة أفراد، أب وأم وطفلين:

الأب: يبلغ من العمر أربعين عاماً ويعمل في مصنع أغذية ويشكو دائماً من ضعف الشهية للطعام والدوار.

الأم: تبلغ من العمر ثمانية وعشرين عاماً حملت ثلاث مرات ووضعت ثلاث مرات وعندها طفل توفي من جراء الإصابة بالتهاب رئوي حاد.

سامية: تبلغ من العمر ثلاث سنوات، نحيفة وضعيفة ووجهها شاحب، وترفض الطعام دائماً.

هدى: تبلغ من العمر تسعة أشهر، ووزنها سبعة كيلو غرامات، ليس لها أسنان ولا تأخذ أي أطعمة أو سوائل عدا الرضاعة الطبيعية من الأم ودائمة البكاء.

أ ـ حدد المشكلات التي تواجه هذه الأسرة حسب الأولويات.

ب ـ اكتب الخطة التمريضية للعمل على حل مشكلات هذه الأسرة من خلال عمل الزيارات المنزلية لها.

مراجع للاستزادة

(1) Hitchock, J. ; Schubert, P; & Thomas, S. (2003) Community Health Nursing, Caring in Action, 2nd Edition, Thomas Delmar Learning. U.S.A.

(2) Clinton E; Lambert J.and Vickie A., Perspecives in Nursing, The impacts on the Nurse, The Consumer, and society. Appleton and Lange, (1989).

(3) Springhouse. Illustrated Guide to home health care. Prennsylvania, Springhouse corporation, (1995).

(4) Robin B. and Gordon M., Health promotion, Disciplines and Diversity, Jondon, New York, Routledge. (1992).

(5) John M.and Robert B., Public health and preventive Medicine, Hall International INC, (1992).

(6) Stanhope, Lancaster, Community Health Nursing, Process and practice for promoting Health, ST. Louis, Toronto, Washington, Mosby Company, (1988).

(7) Mary F., Community Health for Student Nurses, London, Richard Clay Ltd, (1990).

الفصل الرابع

قضايا أسرية اجتماعية: العنف في الأسرة

يعتبر دور ممرض صحة المجتمع هاماً ورئيسياً في تشخيص القضايا الأسرية الاجتماعية وأهمها حالات العنف الموجه للطفل والزوجة، وكذلك التعامل مع هذه الحالات ومحاولة تقديم الرعاية اللازمة لكل من المسيء والمساء إليه على حد سواء. وعلى الصعيد الوقائي للمجتمع ككل، يستطيع ممرض صحة المجتمع أن يكون المدافع أو المحامي عن حقوق الناس وأن يطالب بإنشاء جمعيات ومؤسسات تطوعية تخدم المساء إليهم وتساعدهم على إيجاد الموارد اللازمة والضرورية لهم. وكذلك يمكن لممرض صحة المجتمع التدخل في البرامج الإعلامية الموجهة للناس من خلال التلفاز على سبيل المثال، وذلك بهدف التخفيف من عرض أفلام العنف والقسوة وعرض برامج تهدف إلى معالجة مشكلة العنف ومساعدة الناس في إيجاد البدائل المناسبة لظروف حياتهم.

وكذلك فإن ممرض صحة المجتمع يمكنه التنسيق مع المؤسسات والجمعيات الهادفة إلى مساعدة الفقراء والعاطلين عن العمل وتقديم الدعم لهم بما يساعد في تخفيض مستوى التوتر والانفعالات النفسية الشديدة التي قد تؤدي بهم إلى استخدام العنف في حياتهم.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سيكون القارىء قادراً على أن:

1 ـ يعرّف العنف في الأسرة؛

2 ـ يميز أنواع العنف الجسدي والانفعالي والجنسي ويفرق بينه وبين الإهمال؛

3 ـ يعدد الدلالات التي تميز الطفل المساء له جسدياً ونفسياً وجنسياً؛

4 ـ يعدد الدلالات التي تميز الزوجة المساء لها جسدياً ونفسياً؛

5 ـ يشرح دور ممرض صحة المجتمع للتعامل مع مشكلة العنف لدى الطفل والزوجة؛

6 ـ يشرح بعض العوامل الاجتماعية المرتبطة بحدوث العنف في الأسرة.

العنف في الأسرة Family Violenece/ Abuse

يعكس مفهوم العنف في الأسرة الأعمال التي يقوم بها أحد أفراد الأسرة بقصد إلحاق

الأذى لشخص آخر. وتعتبر هذه الظاهرة بأنها مفيدة وذات حجم صغير، وحقيقة الأمر تفيد بأن الإيذاء أو العنف في الأسرة في ازدياد مستمر في معظم بلدان العالم. وقد وجد بأن منشأ هذا التصرف الإيذائي أو العنف له علاقة بمستوى الضغط النفسي عند الأفراد وأنه مرتبط بعدم مقدرة الأسرة على تحمل بعض الضغوطات داخل الأسرة أو خارجها.

تعريف العنف Violenece/Abuse هو إيذاء مقصود لشخص لآخر، ويأخذ أشكالاً عديدة منها العنف ضد الطفل (وهو في العادة جسدياً أو عاطفياً أو جنسياً أو على شكل إهمال الطفل) والعنف ضد المرأة وكذلك سوء معاملة كبار السن.

العنف الموجه للطفل (سوء معاملة الطفل) Child Abuse

يُعرَّف بأنه الإيذاء الحاصل للطفل جسدياً أو عقلياً أو إهماله بشكل يهدد صحته ونموه. أما الإهمال فيحدث عندما لا نلبي الحاجات الأساسية والضرورية للطفل لتطوره وصحته، فمثلاً يحدث عند فشل أو عدم مقدرة الوالدين أو من يقومون على رعاية الطفل على تقديم ما يحتاج إليه من المأكل أو الملبس أو المأوى. وكذلك يشمل الإهمال تعرض الطفل إلى ظروف بيئية خطرة، وقد يأخذ الإهمال شكلاً من أشكال الحرمان العاطفي كأن يحدث عندما لا يعطى الطفل نصيبه من المحبة والألفة والدعم المطلوب لتطوره النفسي والاجتماعي.

وتشمل أعراض الإهمال الضعف لجسدي العام للطفل وعدم نظافة ملابسه وجسده، وربما تواجد بعض الحشرات كالقمل على شعره، وتواجد الطفل خارج المنزل بصفة مستمرة أو تسوله وتسكعه في الأماكن العامة وتغيبه عن المدرسة بشكل ملفت للنظر.

أما العنف الجسدي فيحدث عندما يتعرض الطفل بشكل مقصود إلى إيذاء جسدي. وتشير العديد من الأبحاث في هذا المجال إلى شيوع عملية «الضرب» أو العض والحرق والجرح بالآلات الحادة، لاسيما في المجتمعات الفقيرة اقتصادياً. وقد وجد ربيحات في دراسة له أجريت في الأردن عام 1988 إلى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام الضرب كأسلوب من أساليب التأديب وبين حدوث انحراف الأحداث في الأردن، وقد أكد أيضاً بأن استخدام الضرب والعقاب البدني بأشكاله المختلفة تؤثر سلباً على الأمور المتعلقة باحتياجات الطفل ومتطلبات نموه.

ويستدل على هذا النوع من الإيذاء البدني للطفل من خلال الدلالات التالية: الإصابات الظاهرة في أماكن من الجسم يستبعد أن تكون عرضة لبعض الحوادث مثل الظهر والفخذ، والكسور المتكررة للطفل، وتلعثم الكلام، والتعثر في السير. ويوضح الجدول (1) علامات أخرى يمكن الاستدلال عليها عند هؤلاء الأطفال.

أما العنف الانفعالي (أو الحرمان العاطفي) فيتمثل بالمحاولات المتكررة من قبل القائم على تربية الطفل بإيذاء الطفل بهدف تحطيم مفهوم احترام الذات وقيمة النفس لدى الطفل

المساء إليه. ويصاحب هذا النوع من العنف إيذاء نفسي واضح. وغالباً ما تترك الإساءة النفسية والحرمان العاطفي بصماتها السلبية على شخصية الطفل وتظهر أعراضها بدرجات متفاوتة على شكل اضطرابات نفسية وسلوكية وعاطفية. ويمكن الاستدلال على وجود مثل هذه الإساءة من خلال طبيعة علاقة الآباء بالأبناء أو القائمين مقامهم والمربين (المدرسين، المشرفين) ومدى استخدامهم لنمط أو أكثر من الأنماط التالية:

1 ـ الذم والإهانة والتحقير؛
2 ـ الصراخ والتهديد واللوم؛
3 ـ المواقف السلبية من الأعمال غير السليمة التي يقوم بها الطفل؛
4 ـ إعطاء أوامر وتوجيهات متضاربة للطفل.

وقد أشار ربيحات (1988) إلى ذلك موضحاً بأنه يمكن تقييم مدى تعرض الأطفال لهذه الأنماط وذلك من خلال:

- كيفية تقييم الطفل لعدالة القاعدة السلوكية التي تضعها الأسرة؛
- طبيعة الاتصال بين أولياء الأمور ومن يقوم مقامهم والأطفال؛
- مدى تفهم أولياء الأمور والقائمين على التربية لمشاعر الطفل.

كذلك أضاف ربيحات بأن الأطفال الذين يعانون من الإساءة النفسية أو الحرمان العاطفي يتولد لديهم العديد من الأعراض (التي لا يمكن أخذها كمؤشر للإساءة دون دراسة جادة وتقييم شامل للحالة) وتشمل هذه الأعراض:

- الانسحاب والتردد واللامبالاة؛
- الوجوم والصمت المفرطين؛
- العدوانية؛
- عدم امتثال الطفل لتوجيهات وتعليمات القائمين على تربيته؛
- التعبير اللفظي عن الإساءة من قبل الطفل، (كأن يردد كلمات الإساءة الموجهة له من القائمين على تربيته)؛
- التكسير والتخريب والعبث بالأشياء بهدف جلب الانتباه.

أما العنف (الإيذاء) الجنسي فقد بدأ يظهر بشكل متزايد وبأشكال مختلفة. وربما من أكثر هذه الأنواع بشاعة تلك التي يكون الجاني فيها هو أحد الوالدين أو فرداً من أفراد الأسرة. ويصاحب هذا النوع من العنف اضطرابات نفسية وانفعالية تلازم الضحية مدى الحياة، وقد تؤدي إلى اختلال وظيفي للسلوك الجنسي لاحقاً. ومن الجدير ذكره بأن التعامل مع هذا النوع من الإساءة يعتبر من أكثر أنواع المشكلات تعقيداً.

وأما من حيث العلامات والدلالات التي تظهر على الضحية فقد أشار ربيحات (1988) إلى معظمها كما يلي:

- أعراض طبية وتشمل:

1 ـ جروح في مناطق الأعضاء التناسلية مع الشعور بألم أو تهيجات دائمة؛

2 ـ وجود بعض الأدلة المادية والمحسوسة على الاعتداء في الأعضاء التناسلية مثل تواجد بعض الحيوانات المنوية؛

3 ـ الإصابة ببعض الأمراض التناسلية المعدية؛

4 ـ الشعور المتكرر بالألم والحكاك والنزيف والطفح الجلدي في الأماكن الحساسة التي تم عليها الاعتداء.

5 ـ ظهور أعراض الحمل على الفتاة التي غالباً ما تكون خائفة ومحبطة.

- أعراض نفسية وتشمل:

1 ـ إيذاء التخوف أو الحرج أو الشعور بالذنب؛

2 ـ التردد في ممارسة النشاطات؛

3 ـ الاختلال المفاجيء في التركيز بشكل عام وفي الدراسة بشكل خاص؛

4 ـ عدم ثبات العلاقة مع الأصدقاء وتفضيل العزلة؛

5 ـ إظهار الإدراك المبكر لبعض الأمور الجنسية؛

6 ـ الخوف من الذهاب للنوم أو التبول الليلي أو الأحلام المزعجة؛

7 ـ التغيب المتكرر عن البيت والهروب من المدرسة.

حجم مشكلة الإساءة للطفل عالمياً وإقليمياً

يعتمد تقدير حجم الإساءة للطفل ومدى انتشارها على عدة عوامل ترتبط بعضها ببعض وتتداخل في أهميتها مع مستوى وعي المجتمع ككل وإدراكه لهذه المشكلة، كما أن للأنماط السلوكية للأفراد والجماعات في المجتمع دوراً رئيسياً في هذا الشأن، ويجب أن ينظر لهذه الأنماط السلوكية ضمن دائرة الثقافة التي تمارس بها في أي مجتمع كان. فما قد يعتبر في مجتمع ما قسوة واضطهاداً ضد الطفل، يمكن أن يعتبر مجرد شكل ثانوي من أشكال «الضرب» الذي يبرر لغايات تربوية في مجتمع آخر. وهناك اختلافات جوهرية بين المجتمعات العالمية حول تحديد الدرجة التي يسمح فيها لأولياء الأمور باستخدام العقاب البدني في التعامل مع أبنائهم، وكذلك يلاحظ التباين في مستوى الحقوق الفردية التي يتمتع بها الأطفال من رفض لأساليب الإيذاء الممارسة من قبل أولياء الأمور أو المربين.

ونظراً لأهمية هذه الظاهرة العالمية، فقد ازدادت الدراسات والأبحاث العلمية الموجهة خصيصاً لدراسة هذه المشكلة. فنجد العديد من هذه الدراسات عند الشعوب الغربية بينما

يُفتقر إليها في دول العالم الثالث، وقد يكون السبب محدودية مصادر المعلومات وانحصارها في البيانات القانونية التي تصل إلى سجلات الشرطة. وفيما يلي موجزاً حول هذه المشكلة في بعض الدول الغربية والعربية.

أ ـ الولايات المتحدة الأمريكية

أخذت مشكلة العنف ضد الطفل تتزايد بشكل كبير في الولايات المتحدة الأمريكية في الفترة ما بين 1976 ولغاية 1986. فقد ارتفع عدد الأطفال المساء إليهم بالعنف من (101) إلى (328) حالة لكل 10,000 طفل. وقد قدر عدد الأطفال المعرضين للعنف والإهمال في جميع الولايات المتحدة الأمريكية بحوالي 2.2 مليون طفل في عام 1986. وفي الفترة الأخيرة انخفض شكل العنف الجسدي وارتفع شكل العنف الجنسي، بحيث أصبح خمسة أضعاف ما كان عليه سابقاً. وقد أشارت إحصائية 1986 بأن (16) طفلاً من كل 1000 طفل في الولايات المتحدة الأمريكية يتعرضون للإهمال، و(6) أطفال لكل 1000 طفل يتعرضون للإساءة الجسدية، و(3.4) طفل لكل 1000 طفل يتعرضون للإساءة النفسية و(2.5) طفل لكل 1000 طفل يتعرضون للإساءة الجنسية.

ب ـ إنجلترا

يقدر عدد وفيات الأطفال الناجمة عن التعذيب البدني والاضطهاد بـ (700) حالة سنوياً، ويصاب أكثر من (500) طفل سنوياً بجروح خطيرة يخلف بعضها عاهات دائمة.

ج ـ الكويت

أشارت إحدى الدراسات التي أجريت مؤخراً في الكويت (1985) من قبل الدكتور عبد العزيز الرشيد بأنه كان هناك حوالي (139) طفلاً دون سن الثالثة عشر خلال عام 1983 يعانون من آثار الإيذاء الجسدي ويعالجون في مستشفى واحد.

د ـ الأردن

بلغ عدد حالات الأطفال دون سن الخامسة عشر الذين تعرضوا للإيذاء البدني خلال الفترة الواقعة من 1986/1/1 ولغاية 1998/1/1 حوالي (2622) طفلاً، وقد بلغت نسبتهم 30% من مجموع ضحايا الإيذاء لتلك الفترة.

وقد أوضح أحد المصادر في الأردن بأن نسبة الأطفال الذين وقعوا ضحية لجرائم القتل العمد كانت 18.8% من مجموع حوادث القتل الواقعة على كافة المراحل العمرية، و 34% من مجموع ضحايا القتل الخطأ، وكانت 34% من مجموع حوادث الإيذاء بليغة وخطرة.

دور ممرض صحة المجتمع نحو العنف الموجه للطفل

من المعروف أن عدم قدرة الأسرة على تحمل ضغوطات الحياة يعتبر من أهم العوامل المساهمة في إحداث العنف نحو الطفل، وعليه يجب أن يعي ممرض صحة المجتمع

الشواهد والظروف القائمة التي تشكل خطر حدوث العنف. وفي هذه الحالات يتوجب القيام بتقييم شامل للأسرة مع التركيز على التعرض إلى الخصائص المميزة للأبوين ودور كل منهما في الأسرة، وخصائص الطفل وسلوكه والضغوطات البيئية المؤثرة على الأسرة.

أ ـ الخصائص الموجودة لدى راعي الطفل المستخدِم للعنف:

1 ـ وجود تاريخ عائلي للعنف عندما كان هذا الشخص (القائم على رعاية الطفل) صغيراً حيث كان يتعرض للعنف؛

2 ـ وجود شعور عدائي أو غير مرغوب نحو من قام بتنشئة مربي الطفل الحالي المستخدم للعنف؛

3 ـ التسبب في إحداث مشاكل جسدية أو عاطفية للأطفال؛

4 ـ التوقع من أطفالهم الكثير من التصرفات أو الأعمال التي لا يستطيع الطفل عملها أو القيام بها؛

5 ـ توجيه القساوة اللفظية للطفل؛

6 ـ التوقع من أن الطفل عليه دائماً أن يتفهم ويدرك مشاعر من يقوم على تربيته؛

7 ـ الاعتقاد بأن الطفل لا يحب من يقوم على تربيته بشكل كاف.

ب ـ الخصائص التي يتميز بها الطفل المعرض للعنف (الضحية):

1 ـ عدم النضوج الكامل؛

2 ـ إعاقات في التطور الطبيعي للطفل؛

3 ـ اختلاف واضح عن بقية الأخوة في الأسرة؛

4 ـ صعوبة في التركيز؛

5 ـ استخدام طرائق غير مناسبة للتعبير عن حاجاته؛

6 ـ ضعف في التحصيل الأكاديمي.

ويجب على ممرض صحة المجتمع أيضاً الانتباه إلى تواجد دلائل تشير إلى حدوث العنف بالفعل ضد الطفل وتشمل: وجود جروح ظاهرة، أو تمزقات جلدية، أو بقع دموية على الألبسة الداخلية للطفل، أو وجود علامات لسوء التغذية أو الإهمال في النظافة العامة للطفل، وعدم اكتمال نمو الطفل بالشكل الطبيعي.

كما يتوجب على الممرض متابعة الأحداث التي أدت إلى العنف، وخاصة إذا تولد لديه الشك في أقوال من يقوموا على تربية الطفل.

وفيما يتعلق بسبب الحادثة التي أصيب بها الطفل فيمكن أيضاً للمرض أن يحدِّد الطفل الذي يحدث له العنف بملاحظته لتصرفات محددة عند الطفل، كأن يكون معزولاً تماماً عن بقية الأطفال في الأسرة أو يكون سلبياً جداً لما يدور حوله. وقد يكون الطفل الذي يحدث له العنف دائم الالتصاق بأبويه أو منفصلاً عنهما بشكل كبير. ويتوجب على ممرض صحة المجتمع أيضاً أن يركز انتباهه على الأسر الأكثر عرضة لخطر العنف وأن يعمل معهم من

أجل تطوير مهارات أبوية تربوية إيجابية تشتمل على المهارات التي يمكن اتباعها من أجل منع حدوث العنف أو التخفيف من مرات حدوثه عند الأسر التي يحدث فيها العنف.

الجدول (1) الدلالات الجسدية والسيكولوجية للعنف ضد الطفل

النوع	الدلالات الجسدية	الدلالات السيكولوجية
1 ـ الإهمال	• الجوع المستمر • ضعف النظافة العامة • اللبس غير المناسب وغير المرتب • التعب المستمر • النمو المتأخر	• الهروب من المدرسة والبيت • السرقة والتسول
2 ـ التعسف الجسدي	• ندوب زرقاء اللون في أماكن غير معرضة ذات أشكال مميزة • آثار حروق في أماكن غير معرضة (حروق السجائر في اليدين، الفخذين، والقدمين) • الكسور وتشوه العظم • تورم الأقدام وعدم الحركة الجيدة • آثار عض أو خمش • تشوه الأنف • تكسر الأسنان أو فقدان معظمها • وجع مستمر في البطن • الالتهاب المتكرر في المجاري البولية	• القلق والخوف من التقرب للكبار • الخوف عندما يبكي لطفال آخرون • يبدو خائفاً من والديه • وجود رد فعل غير مناسب للألم
3 ـ الحرمان النفسي والعاطفي	• غير محدد	• كثرة الشكوى والسلبية • العدوانية والغضب المستمر • تأخر في التطور العام للطفل • محاولات الانتحار
4 ـ العنف الجنسي	• تمزق الملابس الداخلية وتواجد بقع دموية عليها • تواجد الوجع والحكة في الأعضاء التناسلية • ظهور الأمراض الجنسية • احمرار وانتفاخ ووجود تقرحات على الأعضاء التناسلية • الحمل المبكر	• العزلة، القيام بتصرفات جنسية غير ملائمة للآخرين • علاقة ضعيفة مع الأصدقاء • عدم الرغبة في المشاركة بالأعمال والنشاطات الفيزيائية والجسدية • ارتداء ملابس طويلة الاكمام وثقيلة في الجو الحار • الهروب من المدرسة

العنف ضد الزوجة (سوء معاملة الزوجة)

يعرف العنف ضد الزوجة بأنه أي تصرف عدائي (مؤذٍ أو غير مؤذٍ) بين الزوجين. وعندما يكون الاعتداء غير مؤذٍ، فإنه يأخذ شكلاً من أشكال المواجهة (المناقشة الحادة وجهاً لوجه).

ويتولد التصرف العدواني جراء تواجد ظاهرة مكونة من عدة مراحل وتشمل مرحلة التوتر لدى الزوج، ومن ثم تبدأ المرحلة الثانية حيث يقوم الزوج بضرب الزوجة كرد فعل للغضب والتوتر العالي لديه. وبعد ذلك تبدأ المرحلة الثالثة المتمثلة بالهدوء وعودة الطرفين للعتاب والمصالحة.

حجم المشكلة

يصعب تحديد حجم مشكلة ظاهرة العنف ضد الزوجة في معظم الدول العربية نظراً لعدم توافر المصادر والوثائق المناسبة، نتيجة عدم قيام الزوجة بتقديم شكوى رسمية لدى الجهات القانونية حول تعرضها للإساءة من قبل الزوج. وفي بعض الدول الغربية تستطيع أية زوجة معرضة للإساءة بتوثيق ذلك رسميًا والطلب من الجهات المسؤولة الحماية لها ولأطفالها. ويقدر معدل الزوجات المساء إليهن في الولايات المتحدة الأمريكية بحوالي 16 إلى 25% من العدد الكلي للعينات التي تمت دراستها مؤخراً. وأحياناً ترتفع النسبة إلى 50% (ما يعادل 2-4 مليون زوجة سنوياً). وقد قدر عدد الزوجات اللواتي يتعرضن للإساءة من قبل الزوج في أمريكا من عام 1985م 30 امرأة لكل 1000 امرأة. وقد أجريت العديد من الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية حول آلية العنف وأسبابه والعناصر المرتبطة بحدوثه، ويمكن تلخيص كافة النتائج بما يلي:

1 ـ يحدث العنف عند جميع الأزواج وفي جميع الطبقات الاجتماعية؛
2 ـ يصعب التنبؤ بالوقت الذي يمكن أن يحدث فيه العنف؛
3 ـ يلعب التاريخ العائلي دوراً رئيسياً في حدوث العنف. فمن الممكن لمن تعرض للعنف في الصغر أن يقوم بنفسه بالإساءة لزوجته؛
4 ـ العنف غير المرتبط بتصرف وسلوك الضحية (التي وقع عليها العنف)؛
5 ـ تعتبر مرحلة الحمل عند الزوجة من العوامل المساندة لحدوث العنف؛
6 ـ يرتبط تناول الأدوية والكحول بحدوث العنف وإساءة الزوج للزوجة.

كيفية حدوث العنف ضد الزوجة

يتوالى في الأدبيات المنشورة عن هذا الموضوع العديد من النظريات التي تحاول تفسير كيفية حدوث العنف، وأهمها ما قام بعرضه العالم بووين حيث وضح بأن الزواج يتم بين الرجل والمرأة بهدف المشاركة للحياة. وذكر أيضاً بأن كل شخص لديه نوعين من

الشخصيات، الأولى مرئية وقابلة للتغير وتستجيب للمؤثرات الخارجية، كأن يتأثر الشخص ببرنامج تثقيفي أو دعاية إعلامية أو مناقشة مع الأصدقاء، والثانية صلبة وثابتة مع مرور الزمن ولا تتغير مع تغير الظروف، مثل المذهب الديني أو السياسي للشخص. ويوضح بووين أنه بزواج الرجل والمرأة، يتم دمج الشخصية المرنة لدى كل منهما فتتكون الشخصية المشتركة.... بمعنى أن تصبح كل قرارات الزوج والزوجة مشتركة ومبنية على التواصل بينهما من أجل الوصول إلى قرار واحد مشترك. ولكن إذا حدث أي نوع من التهديد لفقدان شيء ما لأي من الزوجين كأن يفقد أحدهما وظيفته أو مقدرته على الإنجاب أو تجارته، يتولد لديه الشعور بالإحباط وضعف الثقة بالنفس ويبدأ بالمعاناة من الصراع النفسي.. فهو يحاول التقرب لشريكه باستخدام القرارات المشتركة، ولكن ضعف ثقته بنفسه وشعوره بالإحباط يولد لديه الرغبة في تعويض ما خسره أو فقده في حياته ويصبح إنساناً عدائياً يستخدم العنف وسوء المعاملة كتعويض لما فقده ولإثبات وجوده وقوته عند شريكه. وفي الغالب فإن الرجال هم الذين يعانون من هذه المشكلة فتستخدم الأغلبية منهم التصرف العدواني كتعويض لمفهوم الرجولة لديه من خلال استخدام القسوة مع زوجته وتعريضها للشتم والإهانة.

كيفية التعامل مع العنف (سوء معاملة الزوجة)

تشير معظم الدراسات في هذا المجال إلى أن معظم الزوجات المعرضات لعنف/سوء معاملة أزواجهن لهن، يواصلن حياتهن الزوجية من خلال اختيار كل سيدة لنمط معين من المعيشة تبعاً لحكمها على مجمل الفوائد العائدة عليها من الزواج والعوائق أو المصاعب (التكلفة) التي تعاني منها في الزواج.. فإذا كانت نسبة الفوائد أعلى من العوائق فإنها تقرّر أن تبقى ضمن إطار الزواج وتختار عندئذ التأقلم من خلال اتباعها لأحد الأنماط الأربعة للتكيف المتوفرة لديها (المذكورة أدناه).

وغالباً ما تكون الفوائد المتأتية من الزواج متمثلة بالدعم المادي الذي يوفره الزوج وبالمكانة الاجتماعية التي يفرضها المجتمع. أما العوائق (المصاعب) فتكون في العادة على شكل إساءة جسدية أو معنوية أو سيكولوجية للزوجة. ويوضح الجدول (2) بعض هذه الدلالات الجسدية والسيكولوجية.

أنماط التكيف مع العنف الموجه للزوجة

أ ـ النمط الأول: تكلفة الزواج تغلب الفوائد

وفي هذا النوع يتواجد عند السيدة المُساء لها الخصائص التالية:

1 ـ لا يوجد لديها بدائل مقبولة خارج الزواج؛

2 ـ تلوم نفسها باستمرار لعدم مقدرتها على التخلص من هذا الزواج؛

الجدول (2) الدلالات الجسدية والسيكولوجية للعنف ضد الزوجة

الدلالات الجسدية	الدلالات السيكولوجية
• التعب المستمر	• الانفعالية والتصرف غير الملائم للجروح البسيطة
• شكوى غامضة مع الشعور بالوجع والألم	• الزيارات المتكررة لأقسام الطوارىء والإسعاف
• الجروح المتكررة	• القلق في النوم
• الأمراض الجنسية المتكررة	• الخوف من الليل
• تمزقات وخدوش على منطقة الوجه والرقبة	• الشعور بالكآبة
• جروح في منطقة الصدر والظهر والثدي والبطن والأعضاء التناسلية	• التوتر والعصبية
• جروح متكررة باليدين والرجلين	• فقدان الشهية أو أمراض مرتبطة بالجهاز الهضمي
• وجود آثار عض وضرب بالحزام وأصابع اليد والأظافر	• سوء لستخدام الأدوية والكحول
• حروق في منطقة اليدين والأقدام والفخذ	• ضعف الثقة بالنفس
• صداع مستمر	• ضعف احترام الذات
• تقرحات مختلفة	• محاولات الانتحار

3 ـ تقنع نفسها بأنها تستحق العقاب وتعتبر سوء معاملة زوجها لها عقاباً تستحقه وأنها جلبته لنفسها بيديها؛

4 ـ ضعف عام لاحترام الذات وتقديرها؛

ب ـ النمط الثاني: فوائد الزواج تغلب التكلفة

1 ـ لا تجد الزوجة بدائل وحلول لمشكلتها خارج الزواج؛

2 ـ تستجيب للعنف باستخدامها للتصرفات العدوانية مع الزوج؛

3 ـ تستخدم أساليب عنيفة وقاسية في معاملة الأطفال؛

4 ـ من الممكن أن تبدأ الزوجة علاقة أخرى خارج نطاق الزواج؛

ج ـ النمط الثالث: فوائد الزواج قليلة

1 ـ البحث عن بدائل وحلول خارج الزواج؛

2 ـ تقوم الزوجة بطلب مساعدة الأهل؛

3 ـ تستطيع التخلص من الزواج بسرعة؛

4 ـ تستطيع أن تضع شروطاً تلزم الزوج بعدم استخدام العنف مرة أخرى؛

د ـ النمط الرابع: فوائد الزواج مرتفعة

1 ـ البحث عن بدائل وحلول مناسبة للزوجة خارج نطاق الزواج؛

2 ـ تكون الزوجة قادرة على تحمل العنف؛

3 ـ ترغب في إعطاء الزواج فرصة للاستمرار لأطول فترة ممكنة؛

4 ـ إذا اضطرت الزوجة لترك الزوج، فيكون ذلك بتردد كبير منها وربما بتأثير وضغط اجتماعي ملموس.

دور ممرض صحة المجتمع نحو العنف ضد الزوجة

إن تواجد العنف في الأسرة يعتبر من الدوافع الرئيسية التي تحتم على ممرض صحة المجتمع القيام بعملية التقييم العائلي وتحديد الاحتياجات، وبالتالي وضع الخطة المناسبة وتطبيقها وتقييمها وذلك من خلال استخدام خطوات العملية التمريضية. وبشكل عام يتلخص دور الممرض بما يلي:

1 ـ توفير الدعم المعنوي والمساعدة اللازمة للضحية؛

2 ـ تشجيع الضحية (الزوجة) على التحدث والتعبير عن نفسها ومشاعرها من أجل مساعدتها للتوصل إلى بدائل مقبولة ومناسبة؛

3 ـ محاولة مساعدة الأسرة ككل لتحديد احتياجاتها ووضع الخطط المناسبة من أجل تنفيذها بشكل يضمن استمرار الأسرة بالشكل الصحيح؛

4 ـ تحديد الهدف العام للتعامل مع الضحية بحيث يركز على تحسين نظرة الزوجة لنفسها واحترامها لذاتها؛

5 ـ مساعدة الزوجة من خلال توفير الموارد المناسبة لوضعها ومساعدتها في الحصول على هذه الموارد؛

6 ـ تشجيع الزوج على الانخراط بعملية العلاج ومساعدته في التعبير عن نفسه ودوافعه ومحاولة إيجاد بدائل وحلول للمشكلة بالتعاون معه؛

7 ـ إرشاد الزوجة إلى الوسائل التي من خلالها يمكن تجنب الوقوع في صراع مع الزوج وربما تفادي العنف.

العوامل المساعدة في تعرض الأسرة للعنف

الفقر: بالرغم من أن ظاهرة سوء المعاملة سواء كانت موجهة للطفل أم للزوجة موجودة عند كل الناس وعلى مختلف مستوياتهم، إلا أن ثمة بعض المؤشرات الأدبية التي تفيد بوجود ترابط قليل نسبياً بين الفقر وحدوث الإساءة في التعامل عند الأسر الفقيرة. مثلاً، يخضع معظم الأطفال المُساء إليهم لرغبات والديهم في القيام بالتسول في الشوارع والسرقة بهدف جلب المال، ويكون المبرر الرئيسي لراعي هؤلاء الأطفال الفقر والحاجة الماسة للمال.

كذلك فإن معظم حالات العنف الموجه للزوجة تكون بسبب شجار يدور بين الزوج والزوجة حول إنفاق الزوجة على شراء الملابس أو الاحتياجات المنزلية، كذلك تتفاقم المشكلة عند الزوجة المعتمدة اقتصادياً بشكل كلي على زوجها.

البطالة: إن عدم مقدرة الزوج بصفة خاصة على إيجاد عمل يستطيع من خلاله

الاضطلاع بمسؤولياته نحو أفراد أسرته كربّ وراعٍ لها ومؤمن لاحتياجاتها الأساسية يولد لدى هذا الزوج الشعور بالإحباط وضعف الثقة بالنفس وقلة الاحترام للذات مما يولد الشعور بالغضب والتوتر العالي ويجعله معرضاً لضغوطات نفسية عالية تزيد من الشعور بالإحباط والغضب عنده. ويصبح الشخص غير قادر على التكيّف مع هذا الوضع من التوتر العالي والغضب فيؤدي به الأمر إلى استخدام العنف كوسيلة يفرج بها غضبه وتوتره.

الحوادث والكوارث: تتسبب الحوادث والكوارث التي تحدث للأسرة بمشاكل عديدة أهمها المشاكل الاقتصادية، لا سيما إذا كان المعرض للحادثة هو ربّ الأسرة. لا شك في أن الأدوار التي يقوم بها كل فرد في الأسرة تتأثر بطريقة ما ـ سلبية أم إيجابية ـ عند حدوث الكوارث والمحن والحوادث الخطيرة مثل حوادث الموت والدهس والإعاقة الدائمة، وفي كثير من الأحيان ينتهي الأمر بتفكك الأسرة وتفرق أفرادها. ويصاحب وقوع مثل هذه الحوادث والكوارث ارتفاع في درجة التوتر لدى جميع أفراد الأسرة، ويصبح معظمهم يعيشون تحت ضغوط نفسية قاسية وربما ظروف اقتصادية قاهرة، مما قد يؤدي إلى حدوث العنف الموجه إما للأطفال أو للزوجات، وربما لكبار السن أيضاً.

دور ممرض صحة المجتمع نحو العوامل المساعدة لحدوث العنف

يعتبر دور ممرض صحة المجتمع في تقييم الوضع الأسري رئيسياً وهاماً وخاصة فيما يتعلق بالكشف المبكر عن العنف في الأسرة. وبمعرفة ممرض صحة المجتمع للدلالات والعلامات المميزة للشخص المساء إليه (طفل، زوجة) فإنه يستطيع التكهن بتواجد العنف ومن ثم التعامل معه.

ولا يقتصر دور ممرض صحة المجتمع على الكشف عن العنف الحاصل في الأسرة، بل يجب أن يركز دوره على تحقيق الوقاية من العنف لدى الأسر التي يتبيّن له أنها «معرضة» أو «الأكثر عرضة» لإمكانية حدوث العنف بها. ومن هذه الأسر على سبيل المثال، الأسرة التي يكون فيها الأزواج غير محضرين بشكل كامل للأطفال، أو الذين لديهم تاريخ عائلي بتواجد العنف في حياتهم منذ الصغر، أو الذين يعيشون تحت ضغوطات نفسية عالية وتوتر عائلي شديد... وكذلك الأسر غير المكملة لأدوارها ومسؤولياتها ويتمثل ذلك بعدم وضوح الأدوار لكل فرد فيها.

وهنا يتوجب على ممرض صحة المجتمع القيام بتقييم شامل ودقيق للأسرة ومن ثم تحديد المشاكل والاحتياجات الضرورية ووضعها بحسب الأولوية بهدف التخطيط لحلها ومن ثم تنفيذ الخطة بالتعاون مع أفراد الأسرة وتقييمها بشكل دوري.

ويتمثل دور ممرض صحة المجتمع أيضاً في الوقاية من حدوث العنف وكذلك التعامل مع المشكلة عند حدوثها. ويجدر التنويه هنا بأن ممرض صحة المجتمع يجب أن لا ينتظر

حدوث العنف من أجل تدخله المباشر، وإنما عليه أن يتدخل من خلال مداخلات واستراتيجيات مدروسة بهدف الوقاية من حدوث العنف باستخدام مفهوم الوقاية الأولية primary prevention وبهدف استخدام هذا المفهوم الوقائي لمعرفة الأشخاص المتوقع أن يصبحوا مستخدمين للعنف والإساءة، وكذلك الأشخاص المتوقع أن يكونوا ضحية لممارسات العنف عليهم وذلك من خلال ما يلي:

أولاً ـ المداخلات التي يقوم بها ممرض صحة المجتمع نحو الأشخاص المتوقع أن يصبحوا مستخدمين للعنف:

1 ـ المساعدة في تحسين طرق التكيّف وأسلوب حل المشاكل لهؤلاء الأشخاص؛

2 ـ تشجيع ودعم الأشخاص في احترامهم لنفسهم وذاتهم وأهميتهم في المجتمع؛

3 ـ متابعة الأشخاص الذين يستخدمون الأدوية والمخدرات وتحويلهم إلى المراكز الخاصة لعلاجهم.

4 ـ مساعدة هؤلاء الأشخاص المعرضين لاستخدام العنف في تشكيل توقعات وأعمال واقعية ضمن مراحل التطور المختلفة لهم ولأبنائهم؛

ثانياً ـ المداخلات التي يقوم بها ممرض صحة المجتمع نحو الأشخاص المتوقع أن توجه الإساءة لهم:

1 ـ تحسين فكرتهم عن أنفسهم وأهمية احترام الذات؛

2 ـ تغيير فكرتهم عن العنف (خاصة إذا سبق أن حدث ذلك في صغرهم)؛

3 ـ استخدام مفهوم «الدفاع عن النفس»، وهو عدة خطوات تساعد الشخص على خلق المقدرة لديه للمحافظة على نفسه وحمايته من أذى الآخرين؛

4 ـ مساعدة هؤلاء الأشخاص على إنشاء علاقات صداقة مع أناس خارج الأسرة وتشجيعهم على القيام بالنشاطات الاجتماعية والترفيهية.

أسئلة ونشاطات

1 ـ عرّف العنف واذكر أشكاله المختلفة.

2 ـ اشرح بعض الدلالات التي تميز الطفل المساء إليه من الطفل العادي.

3 ـ فرق بين العنف الموجه للطفل والإهمال الذي يحدق به.

4 ـ اشرح كيف يحدث العنف من قبل الزوج للزوجة.

5 ـ وضح دور ممرض صحة المجتمع في التعامل مع مشكلة العنف في الأسرة.

6 ـ اذكر بعض العوامل الاجتماعية المرتبطة بمشكلة العنف في الأسرة.

مراجع للاستزادة

(1) ربيحات، صبري. «دراسة حول حجم وأشكال الإساءة للأطفال في الأردن». عرضت في ندوة إساءة معاملة الطفل. الرابطة الوطنية لتربية وتعليم الطفل. عمان (1998) (غير منشورة).

(2) Clark, Mary Jo., Nursing in the Community. Appleton Lange, Norwalk. (1992).

(3) الطفولة في مجتمع عربي متغير، منشورات الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة. نيسان (1985).

(4) Spardley, Barbra W., Reading in Community Health Nursing, J.B. Lippincott Company, N.Y. (1991)..

(5) Pillitteri, Adele, Maternal and Child Health Nursing. J.B. Lippincott Company, Philadelphia. (1995).

(6) Logan B.B. Dawlkins, C.E., Family-Centered Health in the Community. Assison-Wiesley, California. (1990).

الوحدة السادسة

أدوار ممرض صحة المجتمع في رعاية المستفيد بمواقع خاصة

الفصل الأول: دور الممرض في الصحة المدرسية

الفصل الثاني: دور الممرض في الصحة المهنية

الفصل الثالث: دور الممرض في الصحة العقلية والنفسية

الفصل الرابع: دور الممرض في رعاية ذوي الحاجات الخاصة

الفصل الخامس: دور الممرض في الخدمات الصحية المتنقلة

الفصل الأول

دور الممرض في الصحة المدرسية
The Role of the Nurse in School Health

تقدم الخدمات الصحية لطلبة المدارس على أساس الرعاية الصحية الشاملة بدنياً واجتماعياً ونفسياً، وتتراوح أعمار التلاميذ بين سن السادسة وسن العشرين. تشكل الفئة جزءاً كبيراً من عدد السكان في المجتمع، وتمر أيضاً بمراحل نمو مختلفة من التغييرات الجسمانية والنفسية وبذلك يكون لهم احتياجات صحية كثيرة. وإذا تم توفير هذه الاحتياجات يتفادى المجتمع في المستقبل الكثير من المشاكل الصحية. ويوفر هذه الخدمات الصحية ممرض الصحة المدرسية الذي يمكنه غرس العادات الصحية السليمة في هذه المرحلة من العمر.

ولقد اهتمت كثير من دول العالم في السنوات العشر الأخيرة ببرنامج تعزيز الصحة المدرسية Health Promoting School (H.P.S) وعقدت حول الموضوع عدة مؤتمرات عالمية من أهمها المؤتمر العالمي لتطوير الصحة المدرسية الذي عقد في أدليد في أستراليا.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سوف يكون القارىء قادراً على أن:

1 ـ يعرف أهداف برنامج الصحة المدرسية؛
2 ـ يسرد مكونات برنامج الصحة المدرسية؛
3 ـ يشرح أهداف التربية الصحية بالمدارس ودور الممرض في تحقيقها؛
4 ـ يناقش دور الممرض في البيئة المدرسية.

دور المدارس في التطوير الصحي

إن الاهتمام بطلاب المدارس وتطويرهم صحياً أمر بديهي خاصة وأن نسبة الأطفال في الدول العربية ممن هم دون السادسة عشر تصل إلى أكثر من نصف السكان تقريباً، والمدارس هي المكان الأمثل لتثقيفهم وتربيتهم صحياً.

1 ـ يشير الهدف الخامس من نص اتفاقية حقوق الطفل من أجل بقائه ونمائه وحميته إلى أنه بحلول عام 2000 يجب تعليم وتوفير التعليم الأساسي لما لا يقل عن 80% من الأطفال في سن التعليم الابتدائي، ومن ثم فهم المستهدفون أساساً ببرامج الثقافة الصحية.

2 ـ في تقرير المدير العام لمنظمة الصحة العالمية في مؤتمر التعليم للجميع العالمي، الذي عقد في تايلاند عام 1990، جاء أن التعليم يجب أن يهيىء الطفل ليكون معتمداً على نفسه، وليكون مواطناً صحيحاً ومنتجاً، وأن تأخذ الصحة المدرسية الأولوية في خطط التنمية الوطنية، كما أشاد التقرير بدور المعلم في التربية الصحية المدرسية.

3 ـ أثبت غرينبرغ في دراسته عن مدى تأثير البرامج التثقيفية على صحة الأسنان في المدارس أن المدارس هي الوسيلة الأجدى للوصول إلى أكبر شريحة في المجتمع.

4 ـ أوضح بوتشارد وآخرون أن المدارس هي المكان الأمثل لإعطاء البرامج التثقيفية الصحية وذلك لحاجة الأطفال لها في هذا السن وأهميتها لهم في تقييم السلوك.

5 ـ أكدت ولش أن الفصل الدراسي مكان مثالي لتحسين المعلومات والسلوكيات الصحية عند الأطفال.

أهداف برنامج الصحة المدرسية

1ـ تعزيز الصحة Health Promotion

للوصول إلى أعلى مستوى من المحافظة على صحة التلاميذ بالمدارس والعمل على تحسينها، يجب أن تتحقق المتطلبات الآتية:

- الاهتمام بالتغذية السليمة المناسبة؛
- ممارسة الرياضة بالمدارس؛
- البيئة الصحية الجيدة والتي تشارك في تنمية الصحة البدنية والنفسية لتلاميذ المدارس؛
- احتياج التلاميذ للتنمية الذهنية وهذا يساعد في التكيف العاطفي والنفسي؛
- ممارسة الأنشطة الاجتماعية والترفيهية المختلفة؛
- منع الإرهاق الذهني وذلك عن طريق تنظيم حصص المواد الدراسية والواجبات المنزلية.

2 ـ الوقاية من مخاطر الصحة Prevention of Health Hazards

تشمل مخاطر الصحة لتلاميذ المدارس الأمراض المعدية والطفيلية وأمراض سوء التغذية والاضطرابات النفسية والإعاقات والحوادث والإصابات.

أ ـ الأمراض المعدية infectious diseses

تشكل الأمراض المعدية في البلاد النامية مشاكل صحية كبيرة في المدارس، وترجع العوامل المؤدية لذلك إلى:

- بيئة المدرسة غير الصحية؛
- العادات السيئة للأطفال والعاملين في المدرسة؛
- ضعف مقاومة الجسم، وهذا راجع إلى سوء التغذية وتلوث البيئة؛
- وجود مصادر العدوى بين التلاميذ والمدرسين ومسؤول التغذية بالمدرسة.

وأكثر الأمراض المعدية انتشاراً في المدارس الابتدائية هي:

- أمراض الجهاز التنفسي respiratory infection، مثل النكاف والدفتيريا والسعال الديكي والحصبة والالتهاب العقدي للبلعوم.... إلخ؛
- أمراض العدوى عن طريق الفم ingestion infection، مثل الزحار وتسمم الطعام والمتحولة؛
- أمراض العدوى بالتماس contact infection؛
- أمراض الجلد المعدية مثل الجرب والقوباء؛
- التهاب القرنية المعدي؛
- التهابات الجروح.

الوقاية من الأمراض المعدية في المدارس عن طريق:

1 ـ توفير بيئة مدرسية صحية؛

2 ـ تثقيف صحي لتلاميذ المدارس؛

3 ـ إعطاء التطعيم لتلاميذ المدارس في بداية دخول المدرسة (6 سنوات)، مثل جرعة منشطة من تطعيم شلل الأطفال عند 12 سنة بالإضافة إلى التطعيم ضد الدرن.

ب ـ الأمراض الطفيلية Parasitic diseases

تسبب الأمراض الطفيلية مشاكل صحية عديدة في المدارس بخاصة في المناطق الريفية، ومن أمثلتها السُرميَّة والإسكارس.

الأخطار الناتجة من الأمراض الطفيلية هي:

- تدني النمو البدني والعقلي؛

- ضعف في النشاط والصحة والحيوية يعيق تقدم التلاميذ بالدراسة في المدرسة؛
- أمراض جانبية ومضاعفات؛
- سوء التغذية.

ويتم الوقاية منها عن طريق توفير بيئة صحية جيدة لتلاميذ المدارس وكذلك إعطاء التثقيف الصحي لمنع العدوى بها.

ج ـ أمراض سوء التغذية

- أنيميا (فقر الدم) نتيجة عوز الحديد؛
- عوز البروتين ما يسبّب ضعفاً في نمو الجسم ونقصاً في الوزن؛
- عوز الريبوفلافين ما يتسبب عنه تقرحات في الشفتين وزاويتي الفم؛
- تسوّس الأسنان؛
- عوز فيتامين (A) الذي يعرّض التلاميذ للالتهابات بأنواعها المختلفة وأيضاً تتأثر العين ويمكن أن يصل الأمر إلى فقد البصر.

د ـ الحوادث والإصابات

يتعرض التلاميذ في المدارس أحياناً إلى مخاطر النزيف والجروح والكسور وكسر الأسنان... إلى آخره، سواء في المدرسة أم الشارع أم المنزل.

الوقاية والمكافحة

- التثقيف الصحي من خلال توجيه التلاميذ لأسس السلامة والإشراف عليهم أثناء اليوم المدرسي؛
- إجراء الإسعافات الأولية للإصابات والحوادث واستدعاء الإسعاف لتحويلهم إلى المستشفى التابعة للمدرسة؛
- توفير الأدوات والمواد اللازمة للإسعافات الأولية في المدرسة.

هـ ـ الإعاقة Handicapping

تكون الإعاقة إما وراثية أو مكتسبة. والإعاقة البسيطة، مثل مرض القلب الروماتزمي والخلقي وضعف البصر والسمع وعيوب النطق (التأتأة والثأثأة) تمكّن التلميذ من مواصلة الدراسة في المدارس العادية. أما الإعاقة الشديدة مثل العمى والصمم والتخلّف العقلي فتتطلب التحاق المعاقين بمدارس أو معاهد متخصصة بغرض إعطائهم فرصة التعليم الذي يساعدهم على استخدام أقصى إمكاناتهم البدنية والعقلية، وتقوم الصحة المدرسية بتوفير الرعاية الصحية لهم.

3 ـ التأهيل

الهدف من التأهيل هو مساعدة التلاميذ المصابين بالعجز في تنمية قدراتهم المتبقية وتمكينهم من استخدامها على أفضل مستوى، وأيضاً الوقاية من أي مضاعفات أو إصابات جديدة.

مكونات برنامج الصحة المدرسية

Components of School Health Program

المكونات الأساسية والرعاية الصحية لتلاميذ المدارس هي الخدمات الصحية والتربية الصحية وصحة البيئة المدرسية، ويمثل التمريض دوراً هاماً في برنامج الصحة المدرسية. ولذلك يجب أن يكون ممرض الصحة المدرسية معداً إعداداً جيداً وشاملاً للقيام بخدمات الرعاية الصحية لتلاميذ المدارس.

وتشمل مكونات برنامج الصحة المدرسية على ما يلي:

1ـ الخدمات الصحية للتلاميذ

ـ المسح الصحي الشامل Health Appraisal of Students

فحص طبي شامل وقياس مستوى نمو وتطور التلاميذ وذلك لاكتشاف المشاكل الصحية والنفسية. ويتم الفحص كل 3 سنوات أي في بداية المرحلة الابتدائية ومنتصف المرحلة الابتدائية وفي بداية المرحلة الإعدادية والثانوية (6، 9، 12، 15 سنة).

يشمل الفحص الدوري الجسدي الشامل ما يلي:

- جمع معلومات شخصية واجتماعية عن التلاميذ ومعرفة التاريخ الصحي والطبي لمعرفة الإصابات والأمراض التي أصابته في الطفولة والعمليات الجراحية التي أجراها وذلك للتعرف على حالة التلاميذ الصحية.
- فحص بدني لمعرفة الحالة العامة (حالة التغذية وتكوين الجسم والمشية والعيوب الخلقية الواضحة) وأيضاً الفحص الكلي لأجهزة الجسم من الرأس إلى القدمين وفحص الأسنان واللثة وحالة الجلد والشعر.
- إجراء مقابلة شخصية للتعرف على الاستعداد النفسي والفكري وعيوب الكلام عند التلاميذ.
- الفحوصات المعملية: تحليل بول للسكر والزلال وبراز للطفيليات، وتحليل دم لتحديد نسبة الهيموغلوبين وأشعة للصدر، خصوصاً لتلاميذ المدارس الثانوية.
- الكشف الدوري وتسجيل البيانات لتلاميذ مثل قياس الوزن والطول وقياس حدة البصر والسمع واختبار مستوى الذكاء وفحص جميع أجهزة جسم التلميذ المختلفة.

أهداف الفحص الجسدي

- اكتشاف الحالات المرضية مبكراً وخصوصاً غير الواضحة، مثل أمراض القلب وسوء التغذية والأمراض الطفيلية وضعف السمع والبصر.
- تقدير المستوى الصحي لتلاميذ المدارس للتعرف على المشاكل الصحية وذلك لتخطيط وتقييم الخدمات الصحية في المدارس.
- التثقيف الصحي والتوجيه للتلاميذ والمدرسين وأولياء الأمور.
- الفحص المبدئي هو الأساس الذي يمكن مقارنته بالفحوصات الأخرى المتتالية.

الرعاية الطبية

تشخيص وعلاج الحالات المرضية ومتابعتها، وهذه مسؤولية عيادات ومستشفيات التأمين الصحي التابعة للمدرسة، وتحويل الحالات التي تحتاج إلى تشخيص وعلاج خاص إلى مستشفيات متخصصة.

وممرض الصحة المدرسية مسؤول عن اكتشاف الحالات المرضية مبكراً وملاحظة أي تغييرات نفسية والمساعدة في حلها أو تحويلها إلى المختصين، وعليه أيضاً التبليغ عن الإصابة بأي مرض معد وتبليغ المدرسين وإدارة المدرسة وعرض الحالة على الطبيب لإبلاغ أولياء الأمور لاتخاذ اللازم.

ويستنتج من دراسة قام بإجرائها كل من البنا وفؤاد والسيد El Banna; Fouad and El Sayed بأنه يجب على الممرض إعطاء برامج تعليمية وإرشادية للآباء والأمهات للمدرسين القائمين على تعليم هؤلاء الأطفال يتناول فيها فهم الحالة النفسية لطفل المدرسة والطريقة السليمة للتعامل معه وحل مشاكله، وذلك لما لهؤلاء الأشخاص من تأثير قوي وفعال على نفسية الطفل وتكوين شخصيته. ومن نتائج البحث أن الأم المتعلمة والتي لا تعمل خارج المنزل تكون أكثر فهماً للحالة النفسية للطفل وأقدر على توجيهه وحل مشاكله من الأم غير المتعلمة، أو الأم التي تعمل خارج المنزل. وقد وضح هذا حين سجل أطفال الأمهات المتعلمات واللاتي لا يعملن خارج المنزل درجات أقل في القلق من أطفال الأمهات اللاتي يعملن خارج المنزل واللاتي لم ينلن قسطاً من التعليم.

توفير الإسعافات الأولية في المدارس

يقوم ممرض الصحة المدرسية بإجراء الإسعافات الأولية للإصابات والحوادث مثل (النزيف والجروح والكسور ونوبة الصرع)، ويتم ذلك من خلال توفير الأدوات والمواد اللازمة للإسعافات الأولية بالمدرسة وأيضاً تدريب من يقوم بالإسعافات الأولية.

التمنيع

يقوم الممرض في المدرسة بتمنيع التلاميذ بالتطعيم الوقائي ضد الأمراض المعدية وتخصيص بطاقة صحية لكل تلميذ لتسجيل التمنيعات التي حصل عليها التلميذ وتاريخ الحصول عليها وأي ردود فعل لهذه التمنيعات.

السجلات الطبية بالمدرسة

يوفر الممرض سجلاً طبياً لكل تلميذ في المدرسة لتسجيل حالة التلميذ، ويشمل السجل ما يلي:

- معلومات اجتماعية وشخصية عن التلميذ وأسرته.
- نتائج الكشف الدوري والتشخيص.
- نتائج الفحوصات التي تمت للتلميذ وتواريخها.
- نوع وتاريخ التمنيعات التي حصل عليها.
- الأمراض والحوادث التي أصابت التلميذ والعلاج الفوري للحالة.

وتفيد السجلات الطبية في:

- الرجوع إليها وقت الحاجة، فمثلاً التاريخ الطبي السابق يفيد في تشخيص الحالة في الوقت الحاضر.
- متابعة الأمراض المزمنة.
- عمل إحصائيات عن الحالة الصحية للتلاميذ، وهذا يفيد في تقييم الخدمات الصحية المقدمة وتخطيط الخدمات الصحية للمستقبل.

توفير الخدمات والمناخ الاجتماعي والنفسي

في حالة ضيق ذات اليد ونقص الموارد المالية والاقتصادية بالنسبة لأسر بعض التلاميذ، يقوم ممرض الصحة المدرسية بتحويل هذه الحالات إلى الاخصائي الاجتماعي ليجري بحثاً اجتماعياً يتعرف من خلاله على إمكانات الأسرة الاقتصادية. ويفيد هذا البحث في التعرف على التلاميذ الذين هم في حاجة إلى مساعدات مالية وعينية ويصرف الأجهزة التعويضية اللازمة مثل النظارات الطبية، وسماعات الأذن، وأجهزة مساعدة المصابين بشلل الأطفال للتلاميذ ذوي الإعاقة البسيطة مثل ضعاف السمع والبصر.

ويجب أن يهتم الممرض وهيئة التدريس وإدارة المدرسة بالبيئة النفسية والاجتماعية في المدرسة. ويتحقق ذلك من خلال اجتماع هيئة التدريس والآباء لمناقشة مشاكل التلاميذ ومحاولة حلها واشتراك أولياء الأمور في الأنشطة المختلفة التي تقوم بها المدرسة، مثل الرحلات المدرسية والحفلات الترفيهية والأنشطة الرياضية والجمعيات العلمية. وهذا يساعد

في تنشيط التلاميذ وتنمية روح المشاركة الجماعية، وبهذا يتمتع التلاميذ بجو نفسي اجتماعي سليم.

2 ـ التربية الصحية في المدارس

الهدف من التربية الصحية للتلاميذ هو تفهم معنى الصحة ومتطلباتها واتباع التصرفات الصحية السليمة. ويساهم التثقيف الصحي في تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض وهو عنصر من عناصر الرعاية الصحية الأولية كما ذكرنا في بداية الكتاب.

ويعتبر ممرض صحة المجتمع مسؤولاً بشكل كامل عن تثقيف وإرشاد التلاميذ والمدرسين وإدارة المدرسة وأولياء الأمور لتكوين عادات صحية سليمة وذلك بأن يكون قدوة حسنة لهم باتباع السلوك الصحي السليم في أسلوب الحياة اليومية في المأكل والملبس والتهوية وغرس السلوك الصحي في الجلوس واتباع وسائل التهوية والإضاءة الصحيحة والمحافظة على نظافة دورات المياه، وعدم إلقاء القمامة على الأرض ووضعها في سلة المهملات، وتعليم التلاميذ الوقاية من الحوادث.

يُعد ممرض الصحة المدرسية برنامج توعية صحية للتلاميذ والعاملين في المدرسة وأولياء الأمور ويحدد له مواعيد ثابتة ويشمل ما يلي:

- اتباع العادات الصحية مثل غسل اليدين قبل الاكل وبعد الخروج من دورة المياه وتغطية الفم والأنف بالمنديل عند السعال أو العطس.
- التغذية وأهم عناصرها.
- النظافة الشخصية والعناية بالأسنان.
- الصحة النفسية والعقلية.
- أهمية الرياضة في حياتنا.
- الوقاية من الأمراض المعدية.
- الوقاية والحماية من الحوادث سواء في المدرسة أو الطرق.

على الممرض أن يعد وسائل إيضاح لتوعية التلاميذ بالعادات الصحية مثل إعلانات الحائط والمنشورات المصورة والأفلام التسجيلية.

يُعدّ الممرض ندوات تثقيفية للمدرسين عن أهم المشاكل التي تواجه التلاميذ في الأعمار المختلفة. كما يمكن عرض أفلام تسجيلية على المدرسين والعاملين في المدرسة وأولياء الأمور لعرض مراحل النمو المختلفة ومشاكل كل مرحلة وتوجيهات لحل هذه المشاكل، وأيضاً تدريب المدرسين على اكتشاف الأعراض الشائعة لبعض الأمراض التي تصيب الأطفال وتظهر عادة في سن المدرسة، مثل ضعف السمع وقصر النظر والقلق والإجهاد والميل للوحدة والانطواء والأمراض المعدية.

يقوم الممرض بتوجيه الآباء إلى كيفية العناية بالأبناء عند إصابتهم بمرض معد يتطلب بقاءهم في المنزل والاهتمام بالنظافة الجسمانية والمحافظة على المأكل والمشرب والأدوات التي يستخدمها أثناء مرضه.

توضح دراسة قام بإجرائها السيد دبش وحميد في مصر عام 1994 أهمية القيام بتوعية الأهل ومحاولة حل المشاكل الاجتماعية والاقتصادية للأسرة وتعليم الوالدين وتثقيفهم لتقوية الروابط الأسرية. وتثبت أيضاً أن الآباء يسيئون معاملة أطفالهم أكثر من الأمهات إذ إن معظم الأطفال المشاركين بالبحث كانوا يشعرون بتقبل الأم لهم أكثر من الأب ورفض الأب لهم أكثر من الأم، كما أن الأب يستخدم وسائل مختلفة لمعاقبة ابنه كالضرب بالعصا على اليد أو القدم في حين تلجأ الأم دائماً للتهديد والتوبيخ.

3 ـ البيئة المدرسية School Environment

إن ممرض الصحة المدرسية مسؤول عن توفير بيئة صحية للتلاميذ في المدارس لأن البيئة من أهم عوامل الصحة والمرض، إذ إن لها تأثيراً على صحة الفرد. والبيئة الصحية تسهم في تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض المعدية وتعطي التلميذ أيضاً الإحساس بالراحة وتساعد على تحسين وإنجاز العملية التعليمية. وقد تؤدي البيئة غير الصحية في المدرسة إلى انتشار الأمراض المعدية أو الأمراض النفسية، أو البدنية أو الاجتماعية.

وللحصول على بيئة صحية في المدرسة يقوم الممرض بتوفير عدة برامج بعضها يتعلق بالصحة العامة والبعض الآخر يتعلق بالنواحي الاجتماعية والنفسية للتلاميذ.

مكونات البيئة المدرسية:

- المبنى المدرسي: يجب أن يكون موقع مبنى المدرسة بعيداً عن الزحام ومصادر الضوضاء والتلوث والإزعاج وبعيداً أيضاً عن المصانع التي تصدر أتربة أو روائح كريهة أو غازات، وأن يكون في منطقة طلقة الهواء لتساعد على التهوية الداخلية وقريباً أيضاً من المرافق العامة مثل مياه الشرب العذبة والمجاري والكهرباء ليمكن توصيلها بسهولة. ويجب أن يتوافر في المبنى مكتبة ومعامل (مختبرات) وفناء واسع وملاعب لممارسة الرياضة والأنشطة الأخرى.
- الغرف الصفية: حيث إن التلاميذ يقضون فيها عدة ساعات يومياً، يجب أن تتوافر فيها الشروط الصحية اللازمة لراحة التلاميذ والمحافظة على صحتهم وتهيئة الجو المناسب للتحصيل الدراسي. فمثلاً يفضّل أن يكون الشكل مستطيلاً وعدد التلاميذ مناسباً لحجم الفصل وأن يكون جيد التهوية عن طريق النوافذ في جهتي الفصل لعمل تيار هوائي وأن تكون النوافذ على ارتفاع أعلى من مستوى مقاعد التلاميذ حتى لا يتعرض التلاميذ للتيار الهوائي أو السقوط من النوافذ. ويجب أن تكون غرف الصفوف

جيدة الإضاءة عن طريق النوافذ والمصابيح الكهربائية ليلاً، وخصوصاً في المدارس التي تعمل فترتين.

- المقاعد والأدراج: ينبغي أن يكون ارتفاع المقعد مناسباً لطول ساق التلميذ بحيث إذا جلس عليه استقرت قدماه على الأرض، وأن يكون عرض المقعد مناسباً لحجم التلاميذ، وأن يكون المسند الخلفي مريحاً لظهر التلميذ ويكون ارتفاع الدرج على مستوى مرفق التلميذ وهو جالس على المقعد.
- السبورة: ويفضل استخدام السبورة البيضاء بدلاً من السبورة العادية لكي لا تنثر الغبار الناتج من أتربة الطباشير في الفصل، ويجب أن تكون أقلام الطبشور غامقة (الأسود والأخضر والأحمر) لتلفت انتباه التلاميذ أثناء شرح الدرس، كما يجب أن توضع السبورة في منتصف الحائط في مكان مرتفع جيد التهوية.

مخاطر غرف الصفوف غير الصحية

- ينتج من ازدحام الغرف الدراسية انتشار الأمراض التنفسية، وفشل في الاستفادة من العملية التدريسية.
- ينتج تورم وتنميل في الأطراف السفلى والقدمين وتشوّهات في العمود الفقري من المقاعد والأدراج غير المناسبة.
- ينتج زيغ للبصر وإجهاد للعينين وعدم راحة للتلاميذ نتيجة الإضاءة غير الكافية.

المرافق المدرسية

وتشمل مياه الشرب وتصريف الفضلات والتخلص من القمامة والمطاعم.

- يجب أن تتوافر الشروط الصحية في مياه الشرب كما يجب أن يتناسب ارتفاع الأحواض مع المرحلة الدراسية وطول التلاميذ. وتكون صنابير المياه على شكل نافورة حتى لا يضع التلميذ فمه على الحنفية ويكون سبباً في انتشار الأمراض، كما يجب التنبيه على التلاميذ بضرورة إحضار كوب لشرب الماء للاستخدام الشخصي.
- يجب أن يكون عدد المراحيض في مدارس البنات أكبر من عددها في مدارس البنين، كما يجب توفير عدد كافٍ من المباول في مدارس البنين وأن تكون موزعة على مباني المدرسة المختلفة وأن يوجد بعضها في أحواش المدرسة وملاعبها الرياضية وأن تتوافر فيها الشروط الصحية. على سبيل المثال، يجب أن يكون لكل مرحاض شبّاك مغطى بالسلك حتى لا تدخل الحشرات والذباب وأن يكون تصريف الفضلات بالمجاري العمومية في المدن أما في الريف فيجب الصرف في بيارة يسبقها خزان تحليل على أن تكون البئر بعيدة عن مصدر مياه المدرسة مسافة كبيرة حتى لا تلوث مياه الشرب.
- يجب تجميع القمامة في سلة مهملات خاصة في كل فصل من فصول المدرسة، وفي

الممرات وفناء المدرسة حتى لا يلقي التلاميذ القمامة على الأرض، كما يجب أن تغلّف من الداخل بكيس بلاستيك حتى يسهل جمعها.

مطعم المدرسة

- يجب أن يكون واسعاً جيد التهوية والإضاءة وتكون الحوائط والأرض مبلّطة بالسيراميك ليسهل تنظيفها، ويوضع سلك على الشبابيك حتى لا يدخل الذباب. كما يجب أن يتوفر به حوض للغسيل ودولاب لحفظ المأكولات وثلاجة وسلة مهملات بغطاء للتخلص من الفضلات والقمامة.
- يجب أن تكون الأطعمة من النوع الذي لا يفسد بسرعة كالجاتوهات أو الكريما، وأن يتم استهلاكها في نفس اليوم وأن تحفظ باستمرار بالثلاجة وأن تكون الحلوى والبسكوتات مغلقة.
- يجب إجراء كشف طبي لجميع العاملين بالمطعم وعمل تحاليل بول وبراز ودم ومسحة من الحلق للتأكد من خلوهم من الأمراض المعدية. ويجب أيضاً إجراء أشعة للصدر للتأكد من خلوّ العاملين من الدرن الرئوي والكشف على الجلد لضمان عدم إصابتهم بمرض جلدي معد ومنحهم شهادة صحية تجدد سنوياً تفيد خلوهم من الأمراض. ويجب إعطاء تثقيف صحي لجميع العاملين بالمطعم عن النظافة الشخصية وكيفية حفظ التغذية وأيضاً مجموعات التغذية المختلفة.

الرعاية الصحية لذوي الحاجات الخاصة (ضعاف البصر وضعاف السمع)

1- ضعاف البصر

وهم من تقل حدة بصرهم عن 24/6 أو 6/6 بالعينين معاً مع استعمال النظارة. وهؤلاء التلاميذ يلحقون بمدارس خاصة بهم، ويجب على ممرض الصحة المدرسية توفير بيئة صحية مناسبة لهم وملاحظة ما يلي:

- أن تكون الإضاءة كافية، ويفضل الإضاءة الطبيعية ويمكن استخدام الإضاءة الصناعية إذا لزم الأمر ويجب أن تأتي من الخلف لكي لا يزيغ بصرهم.
- أن تكون مساحة النوافذ كبيرة للسماح بمرور كمية كبيرة من الضوء.
- أن يكون عدد الحصص قليلاً ومدة الحصة من 20-30 دقيقة.
- أن لا تستخدم الوسائل السمعية للتعليم أكثر من الوسائل البصرية.
- أن تكون الكتب المدرسية مطبوعة بحروف كبيرة وأن تكون المسافة بين سطورها واسعة.

- أن تكون السبورة باللون الأسود ويكتب عليها باللون الأبيض أو الأصفر وتكتب الأحرف بالأقلام الثخينة والكبيرة.
- أن يتم التأكد من استعمال النظارات الطبية.
- أن يُعرض التلاميذ على أخصائي عيون بشكل دوري.
- أن يُراعى جلوس التلاميذ ضعاف البصر في الصف الأول في المدارس العادية وذلك بالتنسيق مع مدرسي الفصل.

2 ـ ضعاف السمع

يجب على ممرض الصحة المدرسية أن يعرض التلاميذ على الطبيب الأخصائي دورياً ويراعى تجنب المشكلات النفسية وعرضهم على الأخصائي النفسي، ومراعاة ما يلي:

- أن تكون الفصول بعيدة عن مصادر الضوضاء الخارجية.
- أن تغطى الحوائط بمادة عازلة للصوت.
- أن لا يزيد عدد التلاميذ على عشرة في الفصل الواحد.
- أن يستعمل التلاميذ السماعات الفردية أو المعينات السمعية الجماعية.
- الإكثار من استعمال الوسائل التعليمية البصرية.
- تدريب التلاميذ على طريقة فهم قراءة الشفاه ولغة الإشارة أيضاً.

دور الممرض في الصحة المدرسية

ينطوي دور ممرض الصحة المدرسية على ثلاثة عناصر أساسية وهي كما يلي:

1 ـ واجبات ومسئوليات متعلقة بتقديم الخدمات الصحية مثل:

- أخذ التاريخ الصحي لكل تلميذ مستجد وتسجيله في السجل الصحي.
- قياس وزن وطول كل تلميذ وتسجيله في السجل الصحي.
- قياس وتسجيل حدة البصر والسمع لكل تلميذ.
- الكشف الدوري الشامل.
- اكتشاف المصابين بالأمراض وتحويلهم إلى عيادات التأمين الصحي التخصصية.
- متابعة الحالات المرضية التي تم اكتشافها بالمنازل.
- القيام بالإسعافات الأولية للإصابات والحوادث وتحويل المصابين إلى عيادات التأمين الصحي أو المستشفى إذا لزم الأمر.

- تطعيم المستجدين تحت إشراف الطبيب.
- مراقبة نظافة التلاميذ أثناء طابور الصباح يومياً واكتشاف الحالات المرضية وتحويلها لطبيب المدرسة للعلاج.
- عدم السماح للمرضى بأمراض معدية بمواصلة الدراسة بعد إجازة مرضية إلا بعد إحضار شهادة من الطبيب تفيد خلوهم من المرض وشفاءهم تماماً.

2 ـ واجبات ومسؤوليات متعلقة بالتثقيف الصحي:

- إعطاء التلاميذ وأولياء الأمور توجيهات عن الخدمات الصحية التي تقدمها عيادات ومستشفيات التأمين الصحي.
- إعطاء إرشادات صحية أثناء الزيارات المنزلية للتلاميذ وأولياء أمورهم عن العلاج ومواعيده والجرعة اللازمة وكيفية إعطاء حقن الانسولين لمرضى السكر... الخ.
- إعطاء إرشادات صحية للوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها.
- عقد ندوات صحية بالمدرسة يحضرها كل من المدرسين وأولياء أمور التلاميذ.
- عقد ندوات صحية للتلاميذ في سن المراهقة وإرشادهم إلى التغييرات الفيزيولوجية والنفسية التي تطرأ في هذه السن وأيضاً كيفية العناية الجسمانية أثناء الدورة الشهرية.

3 ـ واجبات ومسئوليات متعلقة بالبيئة الحية المدرسية:

- الإشراف يومياً على الفصول الدراسية للتأكد من النظافة والتهوية والإضاءة.
- التأكد من وجود أدوات نظافة بالمدرسة لرفع المستوى الصحي.
- الإشراف يومياً على المرافق المدرسية للتأكد من نظافتها وصيانتها ومن وضع الصابون على الأحواض لغسل الأيدي واستخدام المطهرات في نظافة الحمامات.
- المرور اليومي على المطعم للتأكد من توافر الشروط الصحية وتحويل المسئولين عن تغذية التلاميذ لفحصهم طبياً ومعملياً للتأكد من خلوهم من الأمراض المعدية.
- منع الباعة المتجولين من التواجد أمام المدرسة.
- توعية التلاميذ والعاملين بالمدرسة بأهمية تجميع والتخلص من القمامة.
- الإشراف الدائم على مبنى المدرسة للتأكد من خلوه من الحشرات والقوارض الضارة بالصحة والعمل على مكافحتها إن وجدت.

أسئلة ونشاطات

1 ـ عرّف الصحة المدرسية وأهدافها.

2 ـ ما هي المتطلبات اللازمة لتحقيق الصحة بالمدارس؟

3 ـ أذكر أربعة عوامل مسببة للأمراض المعدية في المدارس.
4 ـ ناقش كلاً من الوقاية من الأمراض المعدية والأخطار الناتجة من الأمراض الطفيلية.
5 ـ عرّف كلاً من الإعاقة والتأهيل.
6 ـ أذكر مكونات برنامج الصحة المدرسية.
7 ـ ناقش دور الممرض في البيئة المدرسية.
8 ـ ما هي واجبات ومسئوليات الممرض في التثقيف الصحي؟

مراجع للاستزادة

(1) راشد ن.، مسيرة ثقافة الطفل العربي. الطبعة الاولى. القاهرة: مطابع الهيئة المصرية العامة للكتاب: 15-23. (1988).

(2) WHO, World Conference on Education for all, Thailand 5-9 March 1990. Geneva: WHO, Divition of Health Education, 1990..

(3) Greenberg, J. A. A Study of Behavior Modification Applied To Dental Health, J sch Health 1:549-6 (1977).

(4) Boutchard J.M., et al., Oral Health Instruction Needs Of Ohio Elementary Educators, J. sch Health, 60:511-3, (1990).

(5) Walsh. M., Effect of based dental education on Knowledge, Attitude Behavior Adolescents In San Francesco. Comm Dent Oral Epidemiol, 2: 143-7.1987.

(6) Stone, S., Eigsti, Dand McGire, S., Comprehensive Community Health Nursing, 4th Edd, Mosby St. Louis, Baltimore, New York, (1995).

(7) El Sayed H., Dabash, S., Hamid, A., «The Effect Of Child Abuse On His Perceived Feeling Of Parental Acceptance Versus Refusal, The New Egyptian Journal of Medicine, (1994).

(8) Stanhope Lan Caster, Community Health Nursing, Process Practice for Promoting Health, 3th ed. St. Louis, Baltimore, Boston, (1992).

(9) Khalil, I, «Community Medicine Public Health Administration», El-Faress 46, Abbassia st. Cairo, (1990).

(10) El Banna, S., Fouad, N., El Sayed, H., Assessment of Anxiety Level Among Rural Urban School age Children, Thirteen International Congress for Statistics, Computer Science, Science and Demographic Research, (1988).

الفصل الثاني

دور الممرض في الصحة المهنية

هناك عوامل طبيعية وكيماوية في مواقع العمل تؤدي إلى اعتلال الصحة بشكل فردي أو جماعي إذ لا يمكن تفرقتها من المسميات الاخرى من الامراض، ومعظم الأمراض المهنية لا يمكن تفرقتها من الناحية السريرية (الإكلينيكية) والباثولوجية (الإمراضية) عن الأمراض المعتادة (غير المهنية). وهناك عوامل مهنية كثيرة تتفاعل مع العوامل غير المهنية لتظهر على شكل مرض وهي أمراض متعددة الأسباب، مثال على ذلك: التدخين وما يسبّبه من مخاطر على الرئة إلى جانب ما يتعرض له الشخص من أمور أخرى في مجال العمل مثل الأبخرة والإشعاعات وغيرها وينتج عن ذلك تفاقم الحالة. ولو عدنا قليلاً إلى الوراء إلى ما قبل الثورة الصناعية في أوروبا حيث كان الكثير من المصانع الكبيرة تعمل على توظيف عمال من فئات عمرية مختلفة من بينهم الأطفال والنساء، بمن فيهن الحوامل، يعملون لساعات طويلة دون مراعاة لحالتهم الصحية والغذائية وعدم توفر بيئة جيدة من حيث سعة المكان أو الإضاءة أو التهوية وكان هذا عاملاً مساعداً في سرعة انتقال الأمراض المعدية بين العاملين بشكل كبير...

مع بداية الثورة الصناعية في الدول الأوروبية، تحسّن الوضع العام للعمل والعمال وبدأت الحكومات تسن القوانين الملزمة لأرباب العمل، وأنشئت الهيئات المحلية والدولية لضمان صحة العاملين. ومن بين ما أتت به تلك القوانين والنظم وجوب توفر شخص مختص في المجال الصحي للعمل على وقاية ومعالجة العمال من الأمراض أو إصابات العمل، ومتابعة حالتهم بالإضافة إلى الاهتمام في بيئة العمل. لذا فإن وجود ممرض مؤهل في الصحة المهنية ذو أهمية قصوى في أماكن العمل، إذ إن الاهتمام أو عدمه سينعكس إيجاباً أو سلباً على إنتاجية الفرد، الأمر الذي يؤثر على النواحي الاقتصادية في البلاد بشكل أو بآخر.

ويعتبر دور ممرض الصحة المهنية امتداداً لدور ممرض صحة المجتمع وله فاعلية وأهمية كبرى. فهو يعمل على حماية وتعزيز صحة العاملين في القطاعات المهنية المختلفة، الصناعية والزراعية والحرفية وغيرها. ومن أهم الأهداف التي يعمل من خلالها ممرض

الصحة المهنية، هو العمل على حماية العاملين من الأمراض المهنية التي تتزايد يوماً بعد يوم مع التطورات التي يعايشها المجال الصناعي في مختلف التخصصات.

إن قلة الاهتمام بالأيدي العاملة يؤثر تأثيراً سلبياً على الحالة الاقتصادية. ولما كانت التطورات المتلاحقة وتعقيداتها في مجال التكنولوجيا والمواد المستخدمة في الصناعات المختلفة تؤدي إلى تفاعلات فيزيولوجية ونفسية واجتماعية على العاملين في مراكز العمل وأسرهم ومجتمعاتهم، لذا فإن الرعاية الصحية المهنية هي ضرورة وحاجة أساسية يجب توفّرها على المستويات الثلاثة للرعاية الصحية والتي تتمثل في الرعاية الصحية الأولية والرعاية الصحية الثانوية والرعاية الصحية التخصصية (الثالثية)، مع التركيز على الجوانب الوقائية بشكل كبير.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سوف يكون القارىء قادراً على:

1 ـ شرح المسببات الرئيسية للمخاطر التي تؤثر على صحة الأفراد في أماكن العمل؛

2 ـ مناقشة مسئوليات ممرض صحة المجتمع في الصحة المهنية وطرق المحافظة على صحة العاملين؛

3 ـ تطبيق دور ممرض صحة المجتمع في التوعية في مجال الصحة المهنية؛

4 ـ استخدام النماذج الخاصة بتقييم حالة العامل/وبيئة العمل.

مسئوليات ممرض صحة المجتمع في الصحة المهنية

Occupational Health

من أهم المسئوليات التي تقع على عاتق ممرض الصحة المهنية:

1 ـ التعامل مع النظم والقوانين الخاصة بالأمراض الوبائية، والإصابات، لذلك من مسؤولياته أن يعمل على تسهيل الأمور للمرضى والمصابين بأن يشرح تلك النظم ويعمل من خلالها.

2 ـ المسح الصحي يبدأ عادة عند اختيار العمال أو الموظفين الجدد وتعيينهم. وفي حال التعرف على أي مشكلة صحية مزمنة تظهر خلال المسح، يمكن شرحها لصاحب الشأن والتحدث عنها بشكل فردي. ويزوّد ممرض الصحة المهنية عادة بالمعلومات الديموغرافية عن كل عامل على حدة ومن ثم يمكنه التعرف على المشكلة الصحية وتأثرها بالعوامل الاجتماعية والثقافية والبدء في نفس الوقت بتحديد الحالات التي تكون عرضة للإصابة أو المرض. ويمكن تقسيم هذه الحالات إلى مجموعات إما وفقاً للفئة العمرية أو لجنس الموظف، ليمكن التعامل مع الحالة. وهناك حالات تكون أشد عرضة للقلق النفسي مما تكون عرضة للإصابات خلال العمل.

3 ـ يعمل ممرض الصحة المهنية على تعزيز صحة الفرد والمحافظة عليها في أماكن

العمل، وهو يعمل على الوقاية من الإصابات أو الأمراض الناتجة من العمل وذلك من خلال إعداد برامج تثقيف صحي منتظمة.

4 ـ يشارك في إدارة خدمات الصحة المهنية وتقييم بيئة العمل الذي يعمل به سواء كان مصنعاً أو مؤسسة مهنية صناعية أو غيرها ومطابقتها للمواصفات الصحية التي يجب أن تتوفر من حيث التهوية، والإضاءة، وأماكن الراحة، والحماية من مخاطر الآلات المستعملة، والملابس والأدوات الوقائية التي تتوفر للعاملين.

5 ـ وكمقدِّم للرعاية الصحية فهو يقوم برعاية المرضى المصابين كل حسب ما يحتاجه من إجراء ويعمل على تأهيل المصابين والمرضى ويتابع حالاتهم مع تدوين جميع الملاحظات الخاصة بهم مع الاحتفاظ بالسجلات الصحية لكل فرد.

6 ـ ولممرض صحة المجتمع في النواحي المهنية دور كبير في إجراء الدراسات والبحوث والتي من شأنها التخفيف من المخاطر المهنية أو التخلص منها نهائياً. وبرنامج الدراسات والبحوث ينفي أو يؤكد ما يطرأ من حالات تؤثر على العمل أو تأثيرها على العاملين إذ إن المشاكل المهنية تتزايد تعقيداً يوماً بعد يوم نتيجة التفاعل بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية سواء في المنزل أو مكان العمل أو على مستوى المجتمع.

وعلى ممرض صحة المجتمع أن ينمي معلوماته ومهاراته التي تتعلق بالتعرف على مسببات المخاطر والتعمق في علوم الوبائيات لكي يتمكّن من المشاركة في التخطيط للبرامج الصحية المختلفة.

وفي المستوى الوقائي يجب التنسيق بين مفهوم وتعزيز الصحة وبرامج التثقيف الصحي من خلال دراسة الوضع القائم لبيئة العمل ذاتها والأمراض الناتجة عن الإصابات. ويجب كتابة التقارير والإحصائيات الخاصة بذلك خاصة للأماكن التي تحدث فيها الإصابات والأمراض في كثير من الأحيان. كما يمكنه أن يشارك في وضع القوانين الخاصة بالأفراد والتي لها علاقة بالنواحي الصحية مثل الإجازات المرضية، وإجازة الولادة للنساء العاملات، وبعض الدراسات الخاصة بالتكلفة المالية ومدى فاعليتها في الخدمة الصحية، ومساعدة الموظف أو العامل في تغيير بعض العادات غير الصحية مثل الإقلاع عن التدخين من خلال برامج تعزيز الصحة.

مهام وواجبات ممرض الصحة المهنية

1 ـ إسعاف الحالات الطارئة: تشكل إصابات العمل نسبة كبيرة، ويجب على ممرض الصحة المهنية أن يكون قادراً على مواجهة أي حالة مثل:

- الإنعاش القلبي الرئوي CPR، يجب أن يجيد ذلك وأن يدرب على هذا العمل بين فترة وأخرى؛

- الإسعاف الأولي لحالات بتر الأعضاء أو الغثيانات؛
- إسعاف حالات الحروق بمختلف أنواعها.

2 ـ التعامل مع الحالات العصبية والنفسية الناتجة عن ضغوط العمل؛
3 ـ القيام بأعمال الغيارات، وإعطاء العلاجات المختلفة؛
4 ـ اتباع نظام التسجيل الصحي في مركز العمل والتاكد من أن جميع العاملين مسجلون واستلامهم البطاقات الخاصة بهم، وتخصيص ملف لكل عامل يشمل المعلومات الخاصة به (ولتفسير ذلك يمكن الاطلاع على النموذج)؛
5 ـ تنفيذ جميع الإجراءات الوقائية للأفراد؛
6 ـ التاكد من أن عيادة أو مركز الصحة التابع للمؤسسة مجهز بجميع ما يلزم من أدوات ومواد طبية؛
7 ـ التاكد من سلامة البيئة العملية للعاملين سواء التهوية، أم النظافة أم الإضاءة؛
8 ـ التاكد من القوانين الصحية للوقاية من الإصابات والإلمام بجميع جوانب العمل مع العاملين ومركز العمل؛
9 ـ وقاية العمال من المخاطر الصحية؛
10ـ تحضير العيادة الخاصة بالفحص الطبي والتاكد من وجود جميع الأدوات والمواد حسب الحاجة؛
11ـ تنفيذ العلاج بشكل متكامل حسب ما يوصف من الطبيب المعالج؛
12ـ ملاحظة وتقييم الحالة الصحية للعاملين واكتشاف الأمراض مبكراً؛
13ـ في حال إصابة العامل بمرض معدٍ، تقع على عاتق ممرض الصحة المهنية عزل المريض وإبلاغ الجهات المعنية بالنظم المعمول بها والتاكد من حماية بقية العاملين؛
14ـ جمع العينات المخبرية وإرسالها للمختبر ومتابعة النتائج؛
15ـ القيام بالتسجيل اللازم في سجلات العاملين ومتابعتها وحفظها؛
16ـ متابعة الحالات المزمنة بشكل مستمر وتدوين ما يستجد من أعراض في الملاحظات أولاً بأول؛
17ـ القيام بالزيارات المنزلية للتعرف على الحالة الاجتماعية والاقتصادية والأسرية للعامل؛
18ـ مساعدة العمال في حل بعض المشاكل الاجتماعية أو الصحية وتحويلهم إلى الجهات المختصة؛
19ـ استخدام النماذج للإبلاغ عن الأمراض المعدية المحلية والدولية مع التاكد من إرسالها للجهات المعنية؛
20 ـ الإشراف العام على الوجبات الغذائية للعمال (إن وجد) مع مراعاة الشروط الصحية والنظافة في المطبخ أو غرف الطعام في المنشأة.

دور ممرض الصحة المهنية في الثقافة الصحية للحماية من المخاطر المهنية

مراجعة نظم وتوصيات الصحة المهنية في البلاد بشكل عام والمؤسسة بشكل خاص وتنظيم لقاءات مع العمال وممثليهم لتحديد الاحتياجات وأولوياتها سواء فيما يخص بيئة العمل أو الحالة الصحية للعمال وذلك ليكون أساساً لوضع برنامج صحي توعوي متكامل يتم فيه تدريب العاملين ويتضمن:

- الوقاية من الإصابات؛
- طرق السلامة وكيفية استخدام الوسائل الخاصة بها؛
- التدريب على خطة الإخلاء في حال تعرض المكان لأي خطر؛
- برامج التطعيم الدورية أو حسب الحاجة وتشمل العمال وذويهم؛
- أهمية الاهتمام بالبيئة العملية؛
- العمل على توعية العاملين بأهمية اتباع الأساليب الوقائية لحماية أنفسهم من الأمراض المعدية؛
- استخدام نماذج البلاغات الصحية المحلية والدولية.

ويمكن استخدام طرق مختلفة في عملية التدريب والتوعية مثل المحاضرات والأفلام والكتيبات ومعلقات الحائط وغيرها من الوسائل.

ويكون ممرض الصحة المهنية مسئولاً أيضاً عن:

1 ـ المحافظة على بيئة صحية جيدة وتشجيع المسئولين على اتباع أساليب السلامة والمحافظة على صحة الأفراد وسلامة مواقع العمل؛

2 ـ رفع مستوى الوعي الصحي لأفراد المجتمع بشكل عام بخصوص الأمراض والإصابات المهنية والتكلفة المالية الناتجة عن ذلك؛

3 ـ تعريف أفراد المجتمع على العلامات الخاصة بوجود المخاطر لتجنبها باتباع أساليب الوقاية، مثال تسرب الغازات السامة أو المواد الكيماوية والحرائق وغيرها.

أسئلة ونشاطات

1 ـ عدد باختصار أهم مسئوليات ممرض الصحة المهنية.

2 ـ إن دور ممرض الصحة المهنية مهم في دعم الثقافة الصحية واتقاء المخاطر المهنية، ويعد هذا الدور من أهم المسئوليات التي يجب أن يضطلع بها، وضح أهم ما يجب أن يتضمن برنامج التوعية لذلك.

نماذج يمكن الاستعانة بها في التطبيق

النموذج (1): تقييم حالة العامل/الموظف

أولاً ـ بيانات شخصية عن المريض:

الاسم: العمر: الجنس:

الجنسية: الحالة الاجتماعية: الحالة التعليمية:

ثانياً ـ بيانات تخص النواحي العملية:

تاريخ بدء العمل: ....

العمل الحالي: ....

مسمى الوظيفة: .... تاريخ البدء بها: ....

ما هي طبيعة العمل في هذه الوظيفة باختصار:

....

هل تحتم طبيعة العمل:

- لبس ملابس خاصة:

ـ نعم ـ لا

- استخدام أدوات خاصة:

ـ نعم ـ لا

- مدى التقيد في ذلك:

ـ دائماً ـ بعض الأحيان ـ قليلاً ـ لا أضعها مطلقاً

- ما نوعية الملابس أو الأدوات:

....

- في العمل هل أنت عرضة:

لبعض المواد الكيميائية	ـ نعم	ـ لا
الأصوات العالية	ـ نعم	ـ لا
النور	ـ نعم	ـ لا
الرغاوي	ـ نعم	ـ لا
مواد معدنية	ـ نعم	ـ لا
رذاذ	ـ نعم	ـ لا
الحرارة الزائدة	ـ نعم	ـ لا
البرودة الزائدة	ـ نعم	ـ لا
ضغوط نفسية	ـ نعم	ـ لا
أمور أخرى	أذكرها..............................	

تعليق الممرض:

....

النموذج (2): تقييم بيئة العمل

Assessment For Industrial Environment

أسئلة يمكن طرحها لتقييم البيئة العملية:

1 ـ أين يقع المصنع ـ المؤسسة، وما هي حدودها (قربها من الطرق السريعة ـ مؤسسات أخرى)؟

....

2 ـ ما نوع هذا المصنع أو المؤسسة، هل هي صناعية أم تجارية؟ وما المواد التي تستخدم وتصنع بها؟

....

3 ـ ما هو عدد الأفراد في كل قسم أو غرفة؟

....

4 ـ ما هو عدد العاملين في هذا التنظيم ومستوى التعليم بينهم؟ ما هي الفئة العمرية للعاملين أو الموظفين والجنس ونسبة النساء بينهم وكيف تتم تعاملاتهم؟

....

5 ـ ما هي مصادر مياه الشرب في المؤسسة والمساكن التابعة لها (سكن العاملين بها)؟

....

6 ـ ما هي ظروف الإضاءة والتهوية لمكان العمل والسكن؟

....

7 ـ ما هي وسائل الصرف المتوفرة لها؟

....

8 ـ ما نوع وسيلة المواصلات المستخدمة للعاملين؟

....

9 ـ هل توجد أماكن للترفيه في أوقات الفراغ والعطل؟

....

10ـ في حال وجود نساء في التنظيم، كم عدد المتزوجات وهل لديهن أطفال؟

....

11ـ ما نسبة الحوامل ممن يباشرن العمل؟

....

12ـ هل توجد حالات إجهاض مهنية؟

....

13ـ كم عدد الوفيات بين العاملين سنوياً؟

....

14ـ ما أسباب الوفيات؟

....

15ـ ما هي نسبة الإصابة بأمراض معينة في هذا التنظيم؟

....

16ـ ما نسبة الأفراد الحاصلين على التطعيمات اللازمة؟

....

17ـ ما هي عدد ساعات العمل؟

....

18ـ هل يوفر التنظيم وجبات يومية، ما مصدر الغذاء للعاملين؟

....

19ـ هل تمنح المؤسسة أو المصنع الخدمات الصحية للعمال، ما هي مصادر الخدمات، ما نوع القائمين عليها، وهل هي وقائية وتعزيزية وعلاجية؟

....

20 ـ هل هي فقط خدمات طوارىء؟

....

21 ـ كم يبعد المصنع أو المؤسسة عن أقرب مستشفى أو مؤسسة صحية؟

....

22 ـ هل هناك تأمين صحي متبع للعمال/الموظفين؟

....

23 ـ ما هو متوسط دخل العامل/الموظف؟

....

24 ـ ما هو متوسط عدد الأفراد في الأسرة لكل فرد؟

....

اسم ممرض الصحة المهنية

التوقيع:

مراجع للاستزادة

(1) Green and Ottoson, Community Health, St. louis, Mosby (1994).

(2) Salozer- M.K., Primomo-J., Taking The Lead In Environmental Health: Defining A Model For Practice, AAOHN-J.42(7). (1994).

(3) Anne McMurray, Community Health Nursing Primary Health Care In Practice. London: Churchill Living stone (1993).

(4) Warner Ma, Olson-DK. Identifying Source Of Diseases In Agriculture A Role For Occupational Health Nurses, AAOHN-J.41 (10).(1993).

(5) Lawrence W. Green., Health Education Planning A Diagnostic Approach. Maryland: Publishing Company (1980).

(6) سعاد حسين حسن ـ تمريض صحة المجتمع ـ الكويت دار القلم (1980).

الفصل الثالث

دور الممرض في الصحة العقلية والنفسية

ما هي الصحة النفسية وما هو دور الممرض في رعاية المستفيد ـ المريض النفسي والعقلي في المنزل؟ هناك تساؤلات كثيرة حول ما يتناوله هذا الموضوع في العالم عامة وفي الوطن العربي خاصة، لأنه لوحظ الكثير من التغييرات الاجتماعية التي طرأت على مجتمعاتنا اليوم مما أدى إلى التوجه الإيجابي نحو الصحة النفسية للأفراد والمجتمعات فيما يتعلق بإظهار صور متكاملة لمشكلات الصحة النفسية التي تؤدي إلى المرض النفسي/العقلي.

إن دراسة صحة الإنسان النفسية تطلبت الكثير من جهد وعناء الباحثين. فقد ساعدت النظريات ونتائج البحوث وعلوم النفس والتربية الاجتماعية وغيرها من فروع العلوم المرتبطة بها في تفهم الإنسان وجوانب توافقه الشخصي وكل مرحلة من مراحل نموه. وقد يكون من المهم بالنسبة للقارىء أن يتعرف على مفهوم الصحة النفسية واستخدامها الوقائي لرعاية الإنسان ورعاية المريض النفسي والعقلي في المنزل.

وفي هذا الفصل من الكتاب سنعرف معنى الصحة النفسية والوضع السوِي للنفس، وباعتبارها بمثابة علم وقائي يهدف إلى تحقيق أقصى درجة من النماء الذي يمكِّن الإنسان من التلائم مع بيئته ومع المواقف التي تواجهه، وتضمن فاعليته في مجتمعه محققاً بذلك السعادة لنفسه والآخرين. ويدور موضوع الفصل حول المفهوم الوقائي للصحة النفسية لدى الأسرة والمجتمع ودور الممرض في تقديم الرعاية اللازمة للأشخاص المحتاجين لهذه الرعاية في المنزل.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سوف يكون القارىء قادراً على أن:

1 ـ يعرف الصحة النفسية والعقلية؛

2 ـ يشرح أهمية الصحة النفسية في الأسرة؛

3 ـ يؤكد أهمية الصحة النفسية في المدرسة؛
4 ـ يجادل في أهمية الصحة النفسية في المجتمع؛
5 ـ يشرح كيفية تطبيق الصحة النفسية في مجالات الحياة الاجتماعية بالمجتمع؛
6 ـ يستخدم المفهوم الوقائي للصحة النفسية ومظاهرها؛
7 ـ يناقش دور الممرض/الممرضة في رعاية المستفيد ـ المريض النفسي والعقلي في المنزل.

تعريف الصحة النفسية والعقلية

علم التصحّح النفسي Mental Hygiene

علم التصحّح النفسي هو الدراسة العلمية للصحة النفسية وعملية التوافق النفسي، وما يؤدي إليها وما يحققها، وما يعوقها، وما يحدث من مشكلات واضطرابات وأمراض نفسية، ودراسة أسبابها وتشخيصها وعلاجها والوقاية منها.

ويختص علم النفس بدراسة السلوك السوي والمنحرف للأفراد وبذلك يخدم علم التصحّح النفسي من خلال دراساته العلمية عن طريق الوقاية والعلاج. ويمكن القول إن علم النفس هو علم صحة، حيث إنه يقدم خدماته في مجال الصحة، وخاصة الصحة النفسية والعلاج النفسي، حيث تطبق كل مبادىء وطرق علم النفس في علاج المشكلات والاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية.

الصحة النفسية Mental Health

الصحة النفسية هي حالة دائمة نسبياً، يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً (شخصياً وانفعالياً واجتماعياً، أي مع نفسه ومع بيئته) ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة. وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عادياً بحيث يعيش في سلامة وسلام. وللصحة النفسية شقان: أولهما شق نظري علمي يتناول الشخصية والدوافع والحاجات وأسباب الأمراض النفسية وأعراضها وطرق الدفاع النفسي والتوافق، ويعلم الناس ويصحح المفاهيم الخاطئة، ويعدّ الاخصائيين ويدرّبهم ويجري البحوث العلمية، والشق الثاني هو تطبيق علمي يتناول الوقاية من المرض النفسي وتشخيص وعلاج الأمراض النفسية. وفي هذا الفصل سوف نتطرق إلى الشق الثاني الذي يتعلق بالوسائل الوقائية من الوقوع في براثن المرض النفسي والذي قد يعاني منه الفرد السليم كما قد يعاني منه الفرد المصاب بالمرض النفسي. فالفرد الصحيح نفسياً هو الفرد الذي يعي دوافع سلوكه، ويؤثر في البيئة من حوله بفاعليته وبمبادراته السلوكية وبتوجهاته الصائبة للمثيرات المختلفة الواقعة على الآخرين ومهيئاً لهم الفرصة للاستجابة التكيفية، مستعشراً السعادة والرضا من جراء ذلك ويصبح أسلوبه هذا طريقه في الحياة.

كما أن الفرد الخالي من المرض النفسي هو الشخص الذي لا تصدر عنه استجابات عصبية أو ذهنية ظاهرة، نتيجة لاتخاذه موقف الحياد أو لعدم تعرضه عن قصد للمواقف التفاعلية. أما الفرد المريض نفسياً فهو الشخص الذي لا يستطيع أن يواجه المواقف التفاعلية بأي صورة من الصور السابقة لأسباب مختلفة تجعله لايستجيب في هذه المواقف استجابات توافق عصبيته أو ذهنه.

الصحة النفسية والتوافق Adjustment

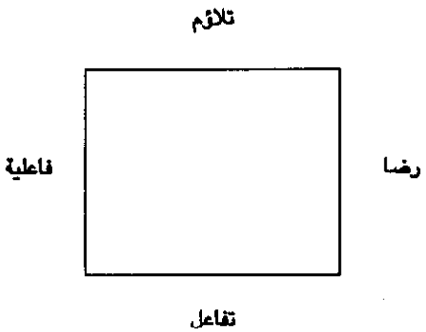
إن التوافق أو التكيف هو العلاقة المرضية للإنسان مع البيئة المحيطة به، ولهذا التوافق جناحان هما الملاءمة أو التلاؤم adaptation والرضا satisfaction. يرتبط التلاؤم بالبيئة المادية ومطالب الواقع بجميع جوانبها الاجتماعية أو الثقافية أو البيولوجية أو الطبيعية. فالطالب الذي تنتابه حالة من التوتر نظراً لأنه لم يستذكر دروسه أو يخشى الرسوب في الامتحان، يلجأ إلى تخفيض هذا التوتر عن طريق تنظيم وقته والتعرف إلى أنجع الأساليب للاستيعاب، وتهيئة الجو من حوله. وهو في هذه الحالة يتلاءم مع الظروف، وهذا يحقق له بعض الإشباع، ويخفف من التوتر. لكن إذا لم يصاحب هذا التلاؤم شعور بالقناعة والرضا عما يفعل فإن توافقه لن يكون كاملاً وسيبقى اتزانه مفقوداً.

مربّع الصحة النفسية

إن التوافق النفسي بجانبيه التلاؤم والرضا عامل رئيسي في تحديد وتمييز الأحوال النفسية. ويمكن تمثيل الأحوال النفسية بالأشكال الآتية التي تسمى مربّع الصحة النفسية.

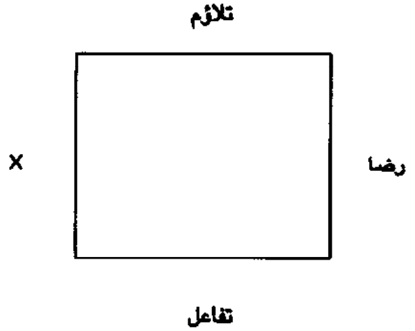
حالة الصحة النفسية

تتميز حالة الصحة النفسية بتوافر كل من التلاؤم والرضا والتفاعل والفاعلية.



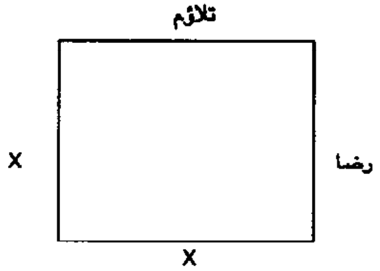
السلامة النفسية

تتميز السلامة النفسية بإمكانية التوافق والقدرة على التفاعل ولكنها تفتقر إلى المبادأة أو الفاعلية.



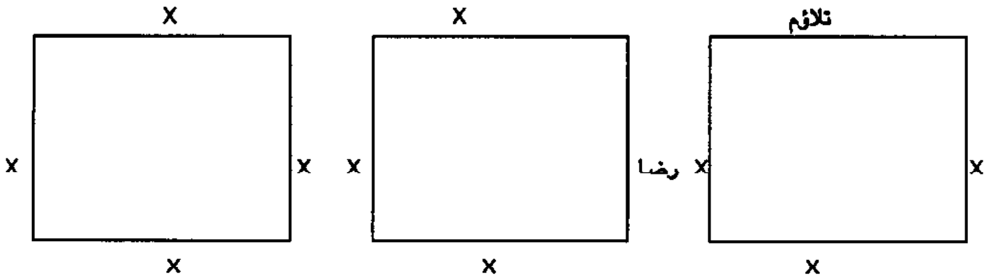
الخلو من المرض النفسي

يتميز الخلو من المرض النفسي بإمكانية التوافق ولكن دون التفاعل والفاعلية.



المرض النفسي

يتميز المرض النفسي بالافتقار التام إلى الفاعلية والتفاعل، وعدم القدرة على التلاؤم أحياناً أو عدم تحقيق الرضا، أو الافتقار إلى هذه الجوانب جميعاً مما يفسح المجال لاتضاح مظاهر الاضطرابات الانفعالية، أو العصاب أو الذهان.



المرض النفسي Mental Illness

المرض النفسي هو اضطراب وظيفي في الشخصية، نفسي المنشأ يتظاهر بصورة أعراض نفسية وبدنية مختلفة. وهو يؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه.

وهناك فرق بين المرض النفسي والسلوك المرضي، فالسلوك المرضي سلوك عابر ينشأ عن الاضطراب الذي يشاهد كأحد أعراض المرض النفسي.

فقد نشاهد السلوك الهستيري لدى شخص سوي، وقد نشاهد السلوك الهوسي لدى شخص عادي، وهذا يختلف عن الشخص المريض بالهستيريا أو الفرد المريض بالهوس.

مناهج الصحة النفسية

هناك ثلاثة مناهج أساسية في الصحة النفسية:

المنهج الإنمائي Development

وهو منهج إنشائي يتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق لدى الأسوياء والعاديين خلال رحلة نموهم حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية. ويتحقق ذلك عن طريق دراسة إمكانات وقدرات الأفراد والجماعات وتوجيهها التوجيه السليم (نفسياً وتربوياً ومهنيّاً) ومن خلال رعاية مظاهر النمو جسمياً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً بما يتضمن إتاحة الفرص أمام المواطنين للنمو السوي تحقيقاً للنضج والتوافق والصحة النفسية.

المنهج الوقائي Preventive

يتضمن هذا المنهج الوقاية من الوقوع في المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية. ويهتم بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى ليقيهم من أسباب الأمراض النفسية بتعريفهم بها وإزالتها، ويرعى نموهم النفسي السوي ويهيىء الظروف التي تحقق الصحة النفسية. وللمنهج الوقائي مستويات ثلاثة تبدأ بمحاولة منع حدوث المرض ثم محاولة تشخيصه في مرحلته الأولى بقدر الإمكان ثم محاولة تقليل أثر إعاقته وإزمانه.

وتتركز الخطوط العريضة للمنهج الوقائي في الإجراءات الوقائية الحيوية الخاصة بالصحة العامة والإجراءات الوقائية النفسية الخاصة بالنمو النفسي السوي ونمو المهارات الأساسية والتوافق المهني والمساندة أثناء الفترات الحرجة والتنشئة الاجتماعية السليمة والإجراءات الوقائية الاجتماعية الخاصة بالدراسات والبحوث العلمية، والتقييم والمتابعة، والتخطيط العلمي للإجراءات الوقائية. ويطلق البعض على المنهج الوقائي اسم التحصين النفسي.

المنهج العلاجي Remedial

يتضمن هذا المنهج علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية. ويهتم هذا المنهج بنظريات المرض النفسي وأسبابه وتشخيصه وطرق علاجه وتوفير المعالجين والعيادات والمستشفيات النفسية.

خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية

تتميز الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية بعدة خصائص تميزها عن الشخصية المرضية، وفيما يلي أهم هذه الخصائص:

1 ـ التوافق

التوافق الشخصي، ويتضمن الرضا عن النفس. والتوافق الاجتماعي، ويشمل التوافق الأسري والتوافق المدرسي والتوافق المهني.

2 ـ الشعور بالسعادة مع النفس

الشعور بالسعادة والراحة النفسية لما للفرد من ماضٍ نظيف وحاضر سعيد ومستقبل مشرق، والاستفادة من مسرّات الحياة اليومية، وإشباع الدوافع والحاجات النفسية الأساسية، واحترام النفس وتقبلها والثقة فيها، والشعور بالأمن والطمأنينة والثقة وتقدير الذات حق قدرها.

3 ـ الشعور بالسعادة مع الآخرين

حب الآخرين والثقة فيهم واحترامهم وتقبلهم، ووجود اتجاه متسامح نحو الآخرين (التكامل الاجتماعي)، والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة ودائمة (الصداقات الاجتماعية) والقدرة على خدمة الآخرين، والاستقلال الاجتماعي والسعادة الأسرية والتعاون وتحمل المسئولية الاجتماعية.

4 ـ تحقيق الذات واستقلال القدرات

فهم النفس والتقييم الواقعي والموضوعي للقدرات والإمكانات والطاقات وتقبل نواحي القصور وتقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات موضوعياً وتقدير الذات حق قدرها، ووضع أهداف ومستويات طموح وفلسفة حياة واقعية، وبذل الجهد في العمل والشعور بالنجاح فيه والرضا عنه، والكفاية والإنتاج.

5 ـ القدرة على مواجهة مطالب الحياة

النظرة السليمة الموضوعية للحياة ومطالبها ومشكلاتها اليومية، والقدرة على مواجهة إحباطات الحياة اليومية وبذل الجهود من أجل التغلب عليها، وتقدير وتحمل المسئوليات الاجتماعية، وتحمل مسئولية السلوك الشخصي، والسيطرة على الظروف البيئية كلما أمكن والتوافق معها، والترحيب بالخبرات والأفكار الجديدة.

6 ـ السلوك النفسي

الأداء الوظيفي الكامل المتكامل المتناسق للشخصية ككل جسمياً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً والتمتع بالصحة ومظاهر النمو العادي.

7 ـ السلوك العادي

السلوك السوي العادي المعتدل المألوف الغالب على حياة غالبية الناس العاديين، والعمل على تحسين مستوى التوافق النفسي، والقدرة على التحكم في الذات وضبط النفس.

8 ـ العيش في سلامة وسلام

التمتع بالصحة النفسية والصحة الجسمية والصحة الاجتماعية والسلام الداخلي والخارجي، والإقبال على الحياة بوجه عام والتمتع بها، والتخطيط للمستقبل بثقة وأمل.

الصحة النفسية في الأسرة Family Mental Health

تعتبر الأسرة أهم عوامل التنشئة الاجتماعية، وهي الممثلة الأولى للثقافة وأقوى الجماعات تأثيراً في سلوك الفرد، وهي التي تسهم بالقدر الأكبر في الإشراف على النمو الاجتماعي للطفل وتكوين شخصيته وتوجيه سلوكه.

أثر العلاقات بين الوالدين على صحة الطفل النفسية

السعادة الزوجية: تؤدي إلى تماسك الأسرة كما تخلق جواً يساعد على نمو الطفل وبناء شخصيته المتكاملة.

اتجاهات الوالدين الموجبة نحو الحياة الزوجية ونمو الوالدية: تؤدي إلى استقرار الصحة النفسية للأسرة.

التعاسة الزوجية: تؤدي إلى تفكك الأسرة مما يخلق جواً يؤدي إلى نمو الطفل نمواً نفسياً غير سوي.

الخلافات بين الوالدين: يؤدي إلى أنماط السلوك المضطرب لدى الطفل كالغيرة والأنانية والشجار وعدم الاتزان الانفعالي.

المشكلات الزوجية للزوجين والسلوك الشاذ: يؤدي إلى عدم استقرار الجو الأسري والصحة النفسية لكافة أفراد الأسرة.

خصائص الجو الأسري الإيجابي الذي يساعد على النمو النفسي السوي والصحة النفسية:

- إشباع الحاجات النفسية وخاصة الحاجة إلى الانتماء والأمن والحب والأهمية والقبول والاستقرار.
- تنمية القدرات عن طريق اللعب والخبرات البناءة والممارسة الموجهة.
- تعليم التفاعل الاجتماعي واحترام حقوق الآخرين والتعاون.
- تعليم التوافق النفسي (الشخصي والاجتماعي).
- تكوين الاتجاهات السليمة نحو الوالدين والأخوة.
- تكوين العادات السليمة الخاصة بالتغذية والكلام والنوم.... الخ.
- تكوين الأفكار والمعتقدات السليمة.

اهمية الصحة النفسية في الأسرة

1 ـ الأسرة تؤثر في النمو النفسي (السوي وغير السوي) للطفل، وتؤثر في تكوين شخصيته كما تؤثر في نموه الجسمي ونموه العقلي ونموه الانفعالي ونموه الاجتماعي.

2 ـ الأسرة السعيدة تعتبر بيئة نفسية صحية للنمو تؤدي إلى سعادة الطفل وصحته النفسية.

3 ـ الأسرة المضطربة تعتبر بيئة سيئة للنمو، فهي تكون بمثابة مرتع خصب للانحرافات السلوكية والاضطرابات النفسية والاجتماعية.

4 ـ الخبرات الأسرية التي يتعرض لها الطفل في السنوات الأولى من عمره تؤثر تأثيراً هاماً في نموه النفسي.

أهداف الخدمة النفسية في المجتمع

1 ـ العناية بالمرضى النفسيين وعلاجهم في بيئتهم.

2 ـ تطوير خدمة علاج المريض النفسي خارج مستشفى الطب النفسي.

3 ـ التقليل من دخول المرضى المستشفى وتقليل الانتكاسات.

4 ـ ملاحظة المراحل الأولية من المرض النفسي.

5 ـ التعرف على أسباب الضغوط المصاحبة للمرض النفسي.

6 ـ تثقيف المرضى والأهل والمجتمع عن:

- الأعراض الأولية للمرض النفسي.

- التوجه للأماكن المناسبة للعلاج.
- قبول المرضى النفسيين كأفراد ينتمون إلى المجتمع.
- كيفية التعرف على الضغوط النفسية.
- العناية بالنظافة الشخصية والبيئية.

7 ـ المساعدة في حصر عدد المرضى الذين يخدمهم قسم الخدمة النفسية في المجتمع.

المهام العامة للخدمة النفسية في المجتمع

1 ـ التعاون مع الأفراد في مختلف المؤسسات والمراكز الاجتماعية.
2 ـ توفير أسباب الوقاية والعلاج والمتابعة المستمرة.
3 ـ التعرف على تأثير البيئة في حالة المريض.
4 ـ تقديم الدعم والنصيحة إلى أهل وأقارب وأصدقاء المريض.
5 ـ القيام ببعض العلاجات السلوكية والنفسية والاجتماعية للمريض النفسي في المجتمع مثلاً: العلاج السلوكي behavioral therapy والعلاج بالمحادثة psycho-therapy وعلاج الأزمات النفسية الطارئة crises.

استخدام المفهوم الوقائي للصحة النفسية

ترتكز إجراءات الوقاية من المرض النفسي على التأكد من معرفة أسباب المرض النفسي وإزالته، وتحديد الظروف التي تؤدي إليه حتى نقلل آثارها، وتهيئة الظروف التي تحقق الصحة النفسية.

وتقسم الإجراءات الوقائية إلى الإجراءات الوقائية الحيوية، والإجراءات الوقائية النفسية والإجراءات الوقائية الاجتماعية.

وتتضمن الإجراءات الوقائية الحيوية ما يلي:

- رعاية الأم طبياً ونفسياً منذ وقت الإخصاب وأثناء الحمل وعند الولادة وبعدها.
- وقاية الأطفال من الأمراض المعدية وتنمية المناعات لديهم بتحصينهم وتطعيمهم ضد الأمراض المعروفة.
- تزويد الأطفال بالتغذية الملائمة في الطفولة.
- تكوين عادات العناية بالجسم والنظافة.
- التخلص من العوامل الخطرة في البيئة ومراعاة الاحتياجات الخاصة بالسلامة وتجنب الحوادث.
- الفحص الدوري لضمان الاكتشاف المبكر لأي مرض عضوي.

- تهيئة الظروف التي تؤدي إلى أفضل مستوى لضمان وسيلة لمقاومة ضغوط الحياة.
- العلاج النفسي والاجتماعي المبكر لإزالة العوامل المسببة للاضطرابات النفسية ومساعدة الفرد على تحقيق التوافق النفسي.

الإجراءات الوقائية النفسية

- العمل على تحقيق أكبر درجة من النمو والتوافق في كل مراحل النمو وفي كافة مظاهرها بغية تنشئة أجيال من الأطفال والمراهقين والراشدين والشيوخ تتمتع بالصحة الجسمية والنفسية.
- ضمان وجود علاقة متينة مع الوالدين أو من يقوم مقامهما ومع الأهل.
- الحرية التي تتناسب مع درجة النضج.
- توجيه وإرشاد الوالدين بما يحقق وجود مناخ نفسي صحي يؤدي إلى الصحة النفسية لكل أفراد الأسرة.
- ضمان وجود علاقة متينة مع الوالدين أو من يقوم مقامهما ومع الأهل.
- الحرية التي تتناسب مع درجة النضج.
- توجيه وإرشاد الوالدين بما يحقق وجود مناخ نفسي صحي يؤدي إلى الصحة النفسية لكل أفراد الأسرة.
- ضمان وجود التعاون بين الأسرة والمدرسة في رعاية النمو النفسي للأطفال.
- ضمان ملاءمة المناهج التربوية لمرحلة نمو التلاميذ وقدراتهم وحاجاتهم.
- القيام بالتربية الجنسية في إطار التعاليم الدينية والمعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية.
- الاهتمام بنمو الشخصية بكافة مظاهرها جسمياً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً.

دور الممرض في رعاية المستفيد/المريض النفسي والعقلي في البيت

1 ـ التوعية الصحية النفسية.

2 ـ الرعاية النفسية الأساسية؛

- العلاج النفسي؛
- العلاج السلوكي؛
- العلاج بالمحادثة؛
- طرق الاسترخاء.

3 ـ التدخل السريع في حالة الكوارث الطارئة؛
4 ـ تثقيف الناس عن المرض النفسي والصحة النفسية؛
5 ـ الحث على التكيف مع المرضى النفسيين؛
6 ـ مساعدة المصاب وأهله وذلك بوضع مخطط علاجي فعال؛
7 ـ زيارة المرضى في المنازل ومتابعة كل مشاكلهم الاقتصادية، التعليمية، والاجتماعية وتحويلهم إلى الباحثة الاجتماعية؛
8 ـ تقييم المشاكل الأسرية الشائعة في المجتمع؛
9 ـ متابعة المرضى المتخلفين وتشجيع الأهل للتعاون مع المرضى النفسيين؛
10ـ إقامة همزة وصل بين المرضى النفسيين والمراكز الاجتماعية لتوفير الخدمات الاجتماعية للمرضى العاطلين عن العمل، مثلاً التنسيق مع هذه المراكز لتوفير فرص عمل لهؤلاء المرضى.
11ـ توفير العلاج الأسري family therapy للمرضى في المنازل.
12ـ تقديم الاستشارة النفسية للأسر في المجتمع family counselling.
13ـ تحويل بعض الحالات التي تحتاج إلى عناية طبية إلى المستشفى النفسي.

أسئلة ونشاطات

1 ـ اذكر خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية.
2 ـ ما هي خصائص الجو الأسري الذي يساعد على النمو النفسي السوي والصحة النفسية؟
3 ـ ناقش المفهوم الوقائي للصحة النفسية.
4 ـ حدّد دور الممرض في رعاية المستفيد/ المريض النفسي والعقلي في المنزل.

مراجع للاستزادة

(1) محمد عودة وكمال إبراهيم مرسي (1984) الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام، الكويت: دار القلم.

(2) الدكتور مصطفى خليل الشرقاوي (1983) علم الصحة النفسية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر – بيروت.

(3) عباس محمود عوض (1987) الموجز في الصحة النفسية، الاسكندرية ـ دار المعرفة الجامعية.

(4) ـ الدكتور محمد خالد الطحان (1987) مبادىء الصحة النفسية، دبي ـ جامعة الإمارات العربية المتحدة ـ دار القلم للنشر والتوزيع.

(5) منظمة الصحة العالمية (1981) بحوث قدمت في ندوة حول تنظيم خدمات الصحة العقلية، خدمات الصحة العقلية في البلدان النامية، جنيف.

(6) المؤتمر الأول لجمعية الأطباء النفسيين بمنظمة الخليج العربي (1982) اتجاهات المؤتمر، المنامة ـ دولة البحرين.

(7) حامد عبد السلام زهران (1977) التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب، القاهرة ـ مصر.

(8) حامد عبد السلام فهمي (1976) الصحة النفسية، مكتبة الخانجي، القاهرة ـ مصر.

(9) أحمد عزت راجع (1965) الامراض النفسية والعقلية ـ أسبابها وعلاجها وآثارها الاجتماعية، دار المعارف القاهرة ـ مصر.

(10) Macphail, W.D. (1988) Family Therapy in the Community, Heinemann Professional Publishing, Oxford.

(11) Wendy Nganasurian, A Workbook for General Nurse Students (1988) John Wiley and Sons Ltd., USA.

(12) Moffic, H.S., Ruiz. P., and Adams, L.G. (1989) Mental Health Care for Allied Health and Nursing Professions, Warren H. Green, INC., USA.

(13) Shives, L.R. (1986) Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing, Lippicott Co., New York.

(14) Koldgeski, D. (1987) Community Mental Health Nursing - New Directions in Theory and Practice, John Wiley Sons, INC. A Wiley medical Pub., USA.

(15) Briggs K., Stewart, A. (1987) Case Studies in Mental Health Nursing. Churchill Livingstone, New York.

الفصل الرابع

دور الممرض في رعاية ذوي الحاجات الخاصة

يتزايد عدد ذوي الحاجات الخاصة (المعاقين عقلياً أو جسدياً) في المجتمعات العربية كما في غيرها من الدول غير العربية، وهذه فئة من المجتمع تحتاج إلى عناية ورعاية خاصة. وهنا يأتي دور ممرض المجتمع الذي يلتقي مع هذه الفئة في المراكز الخاصة التابعة لرعايتهم، أو صدفة في المراكز الصحية، أو في المنازل أثناء الزيارات المنزلية التي هي إحدى واجباته، أو في أي مكان يصادفه في المجتمع. وفي جميع الأحوال، فإن على ممرض صحة المجتمع أن يقوم بدوره وواجبه على أكمل وجه. وهذا ما سيتم التركيز عليه في هذا الفصل من الكتاب.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سوف يكون القارىء قادراً على أن:

1 ـ يقيِّم الوضع الصحي الجسدي والنفسي والاجتماعي للمعاق؛

2 ـ يضع الخطة التمريضية المناسبة للمعاق بناءاً على نتائج التقييم؛

3 ـ يطبق بنود الخطة التمريضية؛

4 ـ يتابع الشخص المعاق ويسجل الملاحظات وتطورها؛

5 ـ يُقيِّم الخطة التي تم وضعها مسبقاً، ويحدِّث ويطوِّر ما يجب تطويره، ويضع خطة جديدة بناءاً على نتائج التقييم.

إن توفير العناية والرعاية لذوي الحاجات الخاصة هو إحدى مهام وأدوار ممرض المجتمع، وفي القانون هو أحد أدوار جميع أفراد المجتمع. كما أن أدبيات وأخلاقيات المجتمع العربي تأبى إلا أن تمد العون لكل محتاج، وهذه الفئة من المجتمع تحتاج إلى عناية خاصة.

من هم ذوي الحاجات الخاصة؟

هناك عدة اصطلاحات يتعارف عليها لذوي الحاجات الخاصة، فمنهم من يعرّفهم بالمعاقين حركياً أو عقلياً أو حسياً، ومنهم من يلقبهم ببطيئي النمو developemental disabilities. وفي هذا الفصل سوف نستخدم جميع التعبيرات بنفس المعنى، ولكن سيتم التركيز على

الاصطلاح الأكثر شيوعاً وهو بطيئي النمو. ويعتبر الشخص ذا حاجة خاصة أو بطيء النمو إذا كان يعاني من قصور في ثلاثة أو أكثر من النشاطات الحياتية الأساسية مثل:

1 ـ العناية بالذات: قضاء الحاجات اليومية الأساسية كالنظافة والمأكل، الملبس، الخ...
2 ـ استقبال وإرسال الرسائل في عملية الاتصال/الفهم؛
3 ـ النطق؛
4 ـ التعلم؛
5 ـ الحركة؛
6 ـ البصر؛
7 ـ السمع؛
8 ـ توجيه الذات؛
9 ـ الكفاية المادية.

وكثيراً ما يُصاحب القصور الجسمي قصور عقلي وقد يكون العكس صحيحاً. ويتزايد حجم مشكلة ذوي الحاجات الخاصة مع مرور السنين، ومن أهم أسباب ازدياد وجسامة المشكلة أن حجم السكان في الوطن العربي مستمر في التزايد ولكنه يتباين بين قطر وآخر، كما أن أكبر معدل للنمو السكاني في غالبية الأقطار العربية هو عند الأطفال دون سن الخامسة عشر، وأن نسبة المعاقين تتراوح ما بين 7-10% من عدد السكان. ويوجد في الوطن العربي 22 مليون معاق، وإذا تابعنا حساب نسبة المعاقين إلى السكان بشكل عام سنجد أن نسبة المعاقين في أقطار الدول العربية ستزداد إذا ما ثبتت العوامل الأخرى.

ومن أسباب الإعاقة التي تؤثر في المجتمعات المختلفة صغر السنّ عند الزواج، والإنجاب في سن متأخرة، وإنجاب أعداد كبيرة للعائلة الواحدة، والخدمات الصحية المتدنية أو عدم مراجعة الخدمات الصحية لمنع حدوث الإعاقة، وزواج الأقارب.

إن أوضاع المعاقين في الوطن العربي غير مرضية عموماً، فهنالك الكثير مما يجب عمله. كذلك فإن مشكلة ذوي الحاجات الخاصة هي مشكلة عالمية، وثمة إعلان دولي وضع قواعد موحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص المعاقين من الأطفال والكبار، اعتمدته الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الثامنة والأربعين عام 1993، وذلك لمساعدة المعاقين على إعادة تأهيلهم ليزدادوا نشاطاً ولإدماجهم وتطبيع حالتهم، ولازدياد الوعي المجتمعي بالقدرات التي يتحلى بها الأشخاص المعاقون.

يوجد أكبر عدد لمراكز المعاقين في مصر، حيث يتوفر 223 مركزاً، وجملة المعاقين هي 531,000، ونسبة المعاقين لكل مركز هي 2682 (الجدول 1). وتعتبر مصر من الدول الرائدة في الوطن العربي التي تتابع حالات المعوقين وتتدارس واقعهم وتحاول حل مشكلاتهم. فهناك تركيز كبير على مشكلاتهم الاجتماعية وتأهيلهم اجتماعياً، وذلك لجميع فئات الإعاقات. أما في تونس فيوجد فيها 140 مركزاً وجملة المعاقين فيها 68719 ونسبة

المعاقين لكل مركز هي 637، وتعتبر الدولة الثانية في الوطن العربي بعد مصر. وفي تونس يوجد تركيز كبير على الأبحاث المتعلقة بالمعاقين، وتقديم الرعاية في أماكنها مثل معهد النهوض بالمعاقين الذي تديره وزارة الشؤون الاجتماعية وتشرف عليه علميا وزارة التعليم العالي وهو ملحق بجامعة تونس. أما الأردن فتعتبر الدولة الثالثة في الوطن العربي التي توجد فيها مراكز تعنى بتأهيل المعاقين، إذ يوجد فيها لغاية عام 1993، 89 مركزاً وجملة المعاقين هو 186,021، ونسبة المعاقين لكل مركز 2090. ويعتبر والأردن من الدول التي تتابع حاجات وتأهيل المعاقين، وفيه يوجد الاتحاد العام للجمعيات الخيرية الذي يعتني بهذه الفئة.

الجدول (1) ـ عدد مراكز تاهيل الأطفال المعاقين وجملة عدد المعاقين لكل مركز حتى عام 1993.

القطر	عدد المراكز		جملة المعاقين		المعاقون لكل مركز	
	90/89	93/92	90/89	93/92	90/89	93/92
الأردن	52	89	161460	186021	3105	2090
الإمارات	6	2	—	—	—	—
البحرين	6	6	666	4141	111	690
تونس	108	140	68791	—	637	—
الجزائر	75	—	—	—	—	—
جيبوتي	1	1	—	—	—	—
السعودية	15	16	2767	—	184	—
السودان	14	—	—	—	—	—
سوريا	20	24	12488	15138	624	631
الصومال	—	—	—	—	—	—
العراق	53	55	—	—	—	—
عمان	1	8	76	—	76	—
فلسطين	—	—	—	—	—	—
قطر	5	3	850	—	170	—
الكويت	4	26	489	—	122	—
لبنان	—	24	—	2321	—	97
ليبيا	43		2450		57	—
مصر	198	25	531000	—	2682	—
المغرب	—	—	—	—	—	—
موريتانيا	—	—	—	—	—	—
اليمن	5	5	230	463	46	93

المصدر: المجلس العربي للطفولة والتنمية (1994) التقرير الإحصائي السنوي لواقع الطفل العربي

كما يوجد في الأردن تشريع رعاية المعاقين الأردني الذي أقر عام 1993 وركز على الحقوق التالية:

1 ـ حق المعاقين في الاندماج في الحياة العامة للمجتمع.
2 ـ حق المعاقين في التربية والتعليم العالي كل حسب قدراته.
3 ـ حق المعاقين في العمل الذي يتناسب مع قدراتهم ومؤهلاتهم وحقهم في الرياضة والترويح.
4 ـ حق المعاقين في الوقاية الصحية والعلاج الطبي.
5 ـ حق المعاقين في بيئة مناسبة توفر لهم حرية الحركة والتنقل بأمن وسلامة.
6 ـ حق المعاقين في الحصول على الأدوات والأجهزة والمواد التي تساعدهم على التعلم والتدرب والحركة والتنقل.
7 ـ حق ذوي الإعاقات المتعددة والحادة في التعليم والتدريب والتأهيل.
8 ـ حق ذوي المعاقين المحتاجين في الإغاثة والخدمات المساندة.
9 ـ حق المعاقين المشاركة في صنع القرارات المتعلقة بهم.

وقد وضعت معظم الدول العربية تشريعاتها الخاصة، فقد أصدرت تونس مثلاً عدة تشريعات مشابهة للوفاء برعاية المعاقين، وكذلك العراق، وليبيا، وسوريا، ومصر، والسعودية، ولبنان واليمن.

أسباب بطء النمو

في غالبية الحالات، لا تعرف أسباب بطء النمو في غالبية الحالات، وترجع الأسباب المعروفة في 25% فقط من الحالات إلى ما يلي:

1 ـ تلف في الجهاز العصبي المركزي central nervous system يحصل قبل عملية الولادة، أو أثناء الولادة كنقص الأكسجين، أو بعد الولادة مثل السنسنة المشقوقة spina bifida.
2 ـ التسمّم نتيجة عدوى أمومية intoxication from maternal infection.
3 ـ الأدوية: بعض الأدوية الضارة التي تأخذها الحامل وخاصة في الثلاثة شهور الأولى من الحمل.
4 ـ الإدمان على بعض المخدرات، وكذلك الإدمان على الكحول.
5 ـ زيغ صبغي chromosomal aberration مثل المنغولية Down's syndrome mongolism يحدث في حالات زواج الأقارب أو التعرض للأشعة السينية أو الحمل بعد سن الخامسة والثلاثين.
6 ـ اضطرابات في عملية البناء والهدم (الاضطراب الاستقلابي) metabolic disorders مثل بيلة الفينيل كيتون phenylketonuria، أو بعبارة أخرى سوء التغذية.

7 ـ التهابات عند حديثي الولادة مثل التهاب السحايا meningitis.
8 ـ قصور بسيط في وظائف الدماغ.

والمنغولية الناتجة عن الزيغ الصبغي هي أكثر الأنواع شيوعاً في العالم أجمع وليس في الدول العربية فقط، يليها السنسنة المشقوقة spina bifida.

دور ممرض صحة المجتمع في رعاية ذوي الحاجات الخاصة

إن دور الممرض يجب أن يبنى على الاهتمام الصادق بالطفل المعاق وبأهله أو ذويه، ويجب أن ينظر للمعاق على أنه شخص له كيانه ويستحق الاحترام والمعاملة الجيدة وله القدرة على العيش من أجل هدف في هذه الحياة. وإذا لم تعتمد الرعاية هذه الأسس، فإن جميع محاولات المساعدة سوف تكون دون فائدة.

من أهم القواعد الأساسية أن على الممرض أن يساعد أهل المعاق ويشاركهم العمل في جميع مراحل العناية. ولأفراد الأسرة دور كبير في رعاية المعاق ولا يقل دور المجتمع عنه أهمية. فيجب معرفة أسباب التخلف العقلي، وكيفية التعامل معه إذا وجد في العائلة. والمجتمع من ناحيته يسن القوانين لحماية هذه الفئة ووقاية أفراد المجتمع من مسببات حدوث هذه الإعاقات.

وهناك العديد من الكتب والدراسات التي اهتمت بجانب رعاية الطفل المعاق من جميع النواحي الجسدية والنفسية والاجتماعية والتربوية ومن النواحي التمريضية. ومن الممكن اعتبار خطوات العملية التمريضية أساساً لدور الممرض مع هذه الفئة من المجتمع.

وأولى خطوات هذه الرعاية هي التقييم، والذي يشتمل على:

1 ـ تقييم الحالة الصحية للمعاق من نواحٍ جسدية وتحديد مواطن الضعف، ومعرفة جميع المعلومات الطبية التي تخصه وخطة علاجه مع طبيبه.

2 ـ تقييم مواطن القوة عند المعاق، فكل شخص يتمتع بمزايا تختلف عن غيره. وبمساعدة الأهل يجب اكتشاف المواهب ومواطن القوة عند هذا الشخص من أجل تنميتها والاستفادة منها في خطة الرعاية ومعرفة مدى اعتماده أو عدم اعتماده على غيره، وخاصة في الاحتياجات الأساسية اليومية وتقييم المهارات اليومية الأساسية لديه.

3 ـ تقييم ردود فعل الأهل حول وضع طفلهم المعاق، وفي أي مرحلة تمر تلك العائلة، إذ إن كل عائلة لديها طفل معاق تمر في عدة مراحل، ودور الممرض هنا هو الوصول بالعائلة إلى المرحلة الأخيرة وهي مرحلة تقبل الأمر الواقع (acceptance). والمراحل التي تمر بها العائلة عادة تكون:

- معرفة وجود مشكلة؛
- التأكد من وجود مشكلة أساسية؛
- البحث عن سبب المشكلة؛

- البحث عن العلاج؛
- قبول أو تقبل المشكلة.

يختلف المرور بهذه المراحل من عائلة لأخرى فتطول المدة أو تقصر عند الانتقال من مرحلة إلى أخرى. وأطول مرحلة تمر بها العائلات عادة هي المرحلة الأخيرة (التقبل).

وعلى الممرض تقييم العائلة في المرحلة التي تمر بها في ذاك الوقت، من أجل وضع خطة تمريضية تتناسب وتلك المرحلة ومساعدتهم للمرور بالمراحل الأخرى بأقصر وقت ممكن بهدف الوصول إلى المرحلة الأخيرة.

4 - فحص النمو وتطوره جسدياً وعقلياً وسلوكياً. فكثيراً ما يصاحب الإعاقات العقلية إعاقات جسدية والعكس صحيح. ومن الممكن استخدام بعض نماذج القياسات المتواجدة حالياً مثل الفحص المعروف باختبار دنفر للتقصّي التطوّري Denver Developmental Screening Test (DDST).

وهذا القياس يقيّم:

أ - الحالة الشخصية والجسدية والاجتماعية؛

ب - الحركات الكبيرة، مثل المشي والركض وغيرها؛

ج - الحركات الصغيرة، وكيفية التعويض عن بعض النشاطات إذا كان غير قادر على أدائها.

د - اللغة.

يستغرق إجراء هذا الفحص نصف ساعة فقط، وقد صمّم لجميع أعمار الأطفال من سنة وحتى ست سنوات.

5 - تقييم المجتمع المحيط بهذا المعاق وعائلته، ومعرفة ما هي المؤسسات التي قد تساعد هذه الفئة، وأين تتواجد، وإمكانية قبول المعاقين فيها، وشروطها، وتكلفتها.

6 - تقييم البيئة المادية (physical environment) المحيطة بالمعاق، وخاصة إذا كان معاقاً حركياً أو كفيفاً لا يرى، وتقييم مدى ملاءمة هذه البيئة لاحتياجاته الشخصية.

مثلاً: هل البيت الذي يقطنه مجهز لحركة الكرسي المتحرك كعدم وجود درج داخلي أو خارجي، الأبواب الداخلية في البيت بين الغرف، الحمامات وتجهيزها بشكل يتناسب واحتياجاته مثل نوعية الحمام، ارتفاع حنفية المياه والصابون والمنشفة، الخ من الاحتياجات الهامة، وجود السجاد الذي يعرقل حركة الكرسي المتحرك، أو الشخص الكفيف والتأكد من تواجد شخص يساعد هذا المعاق في بيئته ومدى تقبل هذا الشخص لمساعدة المعاق.

7 - تقييم البيئة المحيطة خارج المنزل مثل وجود درج للمنزل، طريق شائك، وجود سيارة هو يقودها، توافر مواقف للسيارات عند أماكن التسوق الهامة، وجود وسيلة مواصلات مناسبة كالباصات المهيأة لنقل معاقين إن لم يكن لديه سيارة خاصة به، أماكن التعلم كالجامعات والمدارس إن كانت مهيأة لحركة المعاقين.. وغيرها.

8 ـ تقييم الحالة النفسية والاجتماعية للمعاق، وتوجد اختبارات خاصة من الممكن تطبيقها. لقد تعرضت المراجع في هذا الموضوع إلى نقاط عدة في مجال التقييم والرعاية الفعلية ويجدر العودة إليها جميعاً لمزيد من المعلومات حول التفصيلات الدقيقة للعناية والرعاية.

الخطوتان الثانية والثالثة للعملية التمريضية بعد التقييم هي **التخطيط والتنفيذ**. وبناءً على نتائج التقييم يتم التخطيط للعناية التمريضية، وتطبيقها. ومن أهم النقاط الأساسية في هذه الخطة:

1 ـ توفير الدعم النفسي للأهل وخاصة للأم، والتركيز على الزيارة المنزلية، والتقرب من الأم وتبادل الثقة.

2 ـ التركيز على التثقيف الصحي، ومن أهم النقاط الأساسية في عملية التعليم:

- الوسائل التي تساعد عملية تطور النمو.
- إدارة الطفل المعاق، وتعويده على نظام معين.
- المهارات الأساسية التي تساعده في حياته اليومية والتي تجعله غير معتمد على أحد مثل النظام والمأكل والمشرب إلخ...
- الاحتياجات الصحية الأساسية مثل الغذاء الكافي ونوعيته، نظام النوم وتثقيف الأهل حول كيفية السيطرة على مشاكل النوم، وتحويل المعاق إلى طبيب إذا كان مريضاً حتى لا تتفاقم المشكلة ويزداد حجم الإعاقة.

3 ـ بناء برنامج خاص للطفل المعاق محوره مواطن القوة عنده. وبعد تقييم مواهبه، يوضع البرنامج المناسب، مثلاً، إذا كان المعاق يستمتع بأعمال النجارة فيجب تسجيله في مكان يعلمه هذه الموهبة ويصقلها.

4 ـ تسجيل الطفل المعاق في مدارس التربية الخاصة أو مدارس المعاقين، ففي هذه المدارس يتم تعليمه جميع الجوانب التعليمية والحياتية.

5 ـ المدافعة عن حقوقهم والمشاركة في لجان تهمهم. فهذه فئة من المجتمع ضعيفة ولا يستمع لها الرأي العام أو أصحاب القرار، وهم بحاجة لمن يتكلم بلسانهم ويدافع عنهم ويشارك في اللجان التي تساهم بتحسين أوضاعهم، مثل توفير وسائل مواصلات عامة لهم وتوسعة أماكن وقوف السيارات وتخصيص أماكن خاصة بهم، ومتابعة حقوقهم التشريعية والتنفيذية مثل حقوق العمل والتعلم وغيرها.

6 ـ وضع برنامج للعلاج الطبيعي حسب الحاجة.

7 ـ وضع برنامج للعلاج الوظيفي، من خلال المراكز الخاصة بالمعاقين، وتعليم مهنة قد تساعدهم مادياً وتعطيهم بعض الاستقلالية الذاتية.

8 ـ تنوير الرأي العام بهذه الفئة، ومحاولة تغيير الاتجاهات نحوهم، فالمجتمعات وخاصة العربية تتجه سلبياً ضدهم، ولا تمدّ لهم يد العون. فكثير من المشاكل الاجتماعية

تواجه المعوقين من أهلهم وأقاربهم الذين لم يصلوا لمرحلة التقبل (acceptance)، فيعاملونهم بقسوة شديدة ويحاولون إخفاءهم عن أنظار الآخرين لخوفهم من تأثير الإعاقة على وظيفة العائلة الطبيعية وتأثير المعاق على إخوته وإخوانه من نواحي الزواج وسمعة العائلة وغيرها.

9 ـ الترتيب للقاءات دورية بين أهالي المعاقين لمناقشة مشاكلهم وبحث كيفية السيطرة عليها، لتوفير الدعم النفسي لبعضهم البعض بصورة غير مباشرة، والاستفادة من خبرات بعضهم أيضاً.

10ـ المساهمة بتأهيل الكوادر التي تعمل مع هذه الفئة، مثل المعلمين في مراكزهم الخاصة الذين هم بحاجة إلى برامج تعليم مستمر داخل المؤسسة ودعمهم مادياً لزيادة مؤهلاتهم على مر السنين للحصول على فئة متعلمة ومتفهمة وواعية ولها القدرة والرغبة على التعاون. وكثير من البرامج الهامة وطرق العناية والقواعد الصغيرة متوفرة في المراجع العلمية الحديثة لصقل المهارات لدى الممرض وتوفير أفضل نوع من العناية والرعاية التمريضية للمعاقين.

والخطوة الأخيرة في العملية التمريضية هي التقييم: يجب أن تتابع الخطة من أجل التأكد من صحة تنفيذها وسلامة تخطيطها، وذلك من خلال:

1 ـ تسجيل الوقائع اليومية، لمتابعة التطورات وتسجيل ما كان يجب فعله ولم يفعل.

2 ـ قياس مدى التطور والتحسن الذي يصاحب تنفيذ البرنامج، من ناحية المعاق ومن ناحية ذويه.

3 ـ التأكد من أن الأهداف التي وضعت مسبقاً قد تم تحديدها.

4 ـ في نهاية التقييم، ملاحظة النقص في التنفيذ أو التخطيط وبناءً على تطور المعاق، توضع خطة جديدة للتنفيذ.

والتذكير دائماً بأن هدف الرعاية للمعاقين أو ذوي الحاجات الخاصة هو مساعدة الشخص ليعيش حياته معتمداً على نفسه ويكون منتجاً من نواح مادية.

أسئلة ونشاطات

1 ـ قم أنت وزملاؤك بزيارة لأحد مراكز دور المعاقين لإجراء تقديم له، وكتابة تقرير كامل عن إيجابياته وسلبياته.

2 ـ قم بمتابعة حالة من ذوي الحاجات الخاصة وزيارته في المنزل وتقديم الدعم اللازم للمعاق ولذويه.

3 ـ ناقش دور ممرض صحة المجتمع في رعاية ذوي الحاجات الخاصة.

مراجع للاستزادة

(1) الأمم المتحدة، القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين. الأمم المتحدة/نيويورك. (1994).

(2) المجلس العربي للطفولة والتنمية، «التقرير الإحصائي السنوي لواقع الطفل العربي»، المجلس العربي للطفولة والتنمية. (1994).

(3) سامية محمد فهمي، المشكلات الاجتماعية: منظور الممارسة في الرعاية والخدمة الاجتماعية (1995).

(4) محمد السيد حلاوة، الرعاية الاجتماعية للطفل الأصم. «دراسة الخدمة الاجتماعية». «دراسات وقضايا الفئات الخاصة وغير العاديين» المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر. الشاطىء/الإسكندرية. (1995).

(5) سامية محمد فهمي وبدر الدين كمال عبده. الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية (دراسة في تدعيم النسق القيمي لجماعات المعوقين). دراسات وقضايا الفئات الخاصة وغير العاديين (4). المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع. الشاطىء الإسكندرية (1995).

(6) عبد الحليم حسين خليل، «دراسة وبائية عن ذوي العجز والعاهات الجسمانية والعقلية في محافظة الدقهلية/مصر. «دراسة دكتوراه/جامعة المنصورة. (1991).

(7) محمود عبد الرحمن أحمد، معوقات الإنجاز في مؤسسات الرعاية الاجتماعية. دراسة تحليلية مطبقة بمؤسسات رعاية المعوقين بمحافظة الإسكندرية. رسالة لنيل درجة الدبلوم في العلوم الاجتماعية. جامعة الإسكندرية. (1996).

(8) Ayed. S., Negrel, A.D., Nabil, M., Kamel N., Jebri A., Prevalence Et Causes De La cecito en Republique Tunisian. Hed Raise d'ophtalmologie. Tunis. (1993).

(9) منشور معهد النهوض بالمعاقين. الجمهورية التونسية/وزارة الشؤون الاجتماعية. (1993).

(10) الجريدة الرسمية للمملكة الأردنية الهاشمية العدد 3891 قانون رقم 12 لسنة 1993 قانون رعاية المعوقين. عمان ـ الأردن (1993).

(11) لطفي بركات أحمد، الرعاية التربوية للمعوقين عقلياً، دار المريخ للنشر. الرياض. (1984).

(12) Stanhope, M., and Lancaster, J., Community Health Nursing, Process and Practice for Promoting Health.The C.V. Mosby Company, St. Louis Toronto. Princetion. (1984).

(13) صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني، كيف نتعامل مع الطفل ضعيف السمع (دليل للآباء والأمهات)، صندوق الملكة علياء، عمان. (1994).

(14) صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني، كيف نتعامل مع الطفل المصاب بالشلل الدماغي (دليل للآباء والأمهات) صندوق الملكة علياء. عمان. (1994).

(15) إسماعيل أبو السندس ومصطفى سلامة، تباينات الخصائص الأساسية للمعوقين في الأردن. دائرة الإحصاءات العامة. عمان ـ الأردن (1987).

(16) أحمد السعيد يونس ومصري حنورة، «الطفل المعوق ورعايته طبياً ونفسياً واجتماعياً». دار الفكر العربي.

القاهرة. (1982).

(17) عبد الله محمد عبد الرحمن، سياسيات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية. دار المعرفة الجامعية الاسكندرية (1994).

(18) محمد صديق محمد حسن، «المعاقون والإدماج في المجتمع. المشاكل النفسية والاجتماعية للمعاقين»، مجلة التربية/اللجنة الوطنية القطرية للتربية والثقافة والعلوم. (1995).

(19) فاروق الروسان، «تطوير صورة عمانية من مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً»، المجلة العربية للتربية. المجلد الخامس العدد الثاني. ديسمبر (1995).

(20) موسى جبريل، «مفهوم الذات لدى المراهقين المعاقين حركياً»، دراسات السلسلة أالعلوم الإنسانية. المجلد الثاني والعشرون. حزيران. العدد الثالث. (1995).

(21) أحمد عبد الرحيم وأحمد العمري، «دراسة تقييمية للبرامج المعدة للتعامل مع الطفل الكفيف»، مجلة علم النفس. الهيئة المصرية العامة للكتاب. السنة التاسعة العدد 37 أكتوبر، نوفمبر ـ ديسمبر.(1995).

(22) فايز محمد عيد جابر، «دور الإدارة المدرسية والهيئة التدريسية في تقديم الخدمات التربوية للطلبة ذوي الحاجات الخاصة»، رسالة المعلم. العدد الرابع. المجلد السادس والثلاثون. ص 28 ـ ص 35 (1995).

(23) ديفيد وورنر، رعاية الأطفال المعاقين: دليل شامل للعائلة وللعاملين في إعادة التأهيل وصحة المجتمع، ورشة الموارد العربية. (1992).

(24) منظمة الصحة العالمية، الدليل الصحي للأسرة، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية. 1081 كورنيش النيل غاردن سيتي. القاهرة. (1991).

(25) Helander, E., Mendis, P., Nelson, G. Goerdt, A., Training in the Community For Prople with Disabilities, World Health Organization Geneva. (1989).

الفصل الخامس

دور الممرض في الخدمات الصحية المتنقلة

في بعض البلدان نجد أن هناك مجاميع في أماكن نائية يصعب الوصول إليها، وتكون بعيدة إلى حد ما عن الخدمات المتاحة للمجتمع ومنها الخدمات الصحية رغم احتياجها الشديد لهذه الخدمات. ويطلق على هذه المجاميع «الفئة التي يصعب الوصول إليها»، لذلك يتحمّل الفريق الصحي مسئولية الوصول إلى هذه الفئة وتقديم الخدمات الصحية الممكنة لهم في أماكن تواجدهم من خلال الخدمات الصحية المتنقلة.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سوف يكون القارىء قادراً على أن:

1 ـ يشرح الغرض من الخدمات الصحية المتنقلة؛

2 ـ يناقش دور الممرض في الخدمات الصحية المتنقلة؛

3 ـ يناقش الأسس التي تتبع عند تقديم الخدمات التمريضية في المجتمع.

الخدمات الصحية المتنقلة

الغرض من الخدمات الصحية المتنقلة هو تقديم خدمات صحية مفيدة للمناطق النائية بتكاليف بسيطة وباستخدام الإمكانات المتاحة، وتكون هذه الخدمات مشابهة لما يقدم في العيادات والمراكز الصحية في جميع الأوقات بدون عناء أو مشقة الوصول إليها.

ومن هذه الخدمات الكشف الدوري، وتقيم الحالة الصحية، وتقديم المشورة، والتثقيف الصحي، والزيارات المنزلية، والقيام بحملات التطعيم والتحويل عند الحاجة لأماكن أكثر تخصصاً.

وعند وجود هذه الخدمات يجب أن يكون هناك الدعم والموافقة والتشجيع من المجتمع المحلي متمثلاً في قادته، حيث يشرح الفريق الصحي طبيعة الخدمات التي سيؤديها ويطلب معاونة الأهالي حتى يستمر الفريق في تأدية واجباته.

وبالنسبة لمكان تقديم الخدمة يمكن أن يكون مبنى بسيطاً أو حجرتين في منزل أو أحد

المحال الخالية أو ملحقاً بأماكن العبادة، ويجب أن يكون المكان نظيفاً ومجهزاً. ويمكن الاستعانة بالمساعدات المحلية في تجهيز المكان بالأثاث البسيط اللازم مثل منضدة وكراسٍ وربما سرير أو كنبة، ويمكن إحضار باقي الأدوات والمعدات من أقرب مركز صحي أو مستشفى على أن يعود كل شيء كما كان بعد انتهاء الفريق الصحي من القيام بخدماته.

ولتسهيل معرفة ميعاد فريق الخدمات الصحية المتنقلة، يمكن أن يحدد يوم من كل أسبوع لزيارة منطقة معينة. وأياً كان ميعاد العيادة، أسبوعياً أو نصف شهري أو شهرياً، فمن الأفضل أن يكون أحد أفراد المنطقة على علم بميعاد العيادة ليذكر به أهل المنطقة قبل وقت كافٍ. ومن المهم الاحتفاظ بسجلات دقيقة لكل فرد تردد على العيادة المتنقلة سواء للكشف أو أخذ التاريخ الصحي أو العلاج أو التطعيم أو أي خدمة صحية أخرى، وذلك حتى يتسنى للفريق الصحي متابعة الحالة الصحية للأفراد في المنطقة.

وثمة نوعية أخرى من الخدمات الصحية المتنقلة تتضمن تقديم خدمات صحية معينة إلى مجموعة مختارة من الناس، مثل خدمات تمريض صحة المجتمع التي تقدّم لمعسكرات الإيواء أو للمناطق العشوائية في المدن الكبرى.

وفي كل الخدمات الصحية المتنقلة نجد أن أدوار ممرض صحة المجتمع تؤدى كلها ولكن بدرجات متفاوتة.

العمل ضمن الفريق الصحي

الممرض في الخدمات الصحية المتنقلة هو جزء من النظام الصحي ولا يمارس عمله في عزلة ولكن يخضع لإشراف منتظم دقيق وعليه واجبات ومسئوليات محددة ضمن العمل في الفريق الصحي.

أهداف الفريق الصحي في الخدمات الصحية المتنقلة

1 ـ تعليم المجاميع المختلفة في المجتمع كيفية الحفاظ على صحة جيدة والوقاية من الأمراض؛

2 ـ تحفيز الأسر في المجتمع للحفاظ على الإصحاح البيئي؛

3 ـ تقديم الرعاية الصحية للأفراد المصابين أو من يعانون من مرض حاد مفاجيء والقيام بالتحويل إذا لزم الأمر؛

4 ـ تقديم المشورة إلى كل من يحتاجها في المجتمع؛

5 ـ زيارة المنازل لتقديم الرعاية والإرشاد الصحي وتعليم أنماط الحياة السليمة لأفراد الأسرة؛

6 ـ مراقبة صحة البيئة في المجتمع؛

7 ـ منع انتشار الأوبئة والإبلاغ السريع في حالة ظهورها؛

8 - تقديم الإسعافات الأولية في حالات الحوادث ثم تحويلها لأقرب مركز صحي أو مستشفى ومتابعتها؛

9 - التعرف على المشكلات الصحية الموجودة في المجتمع والمساهمة في علاجها وتحويلها عند اللزوم ثم متابعتها؛

10- الإسهام في أنشطة تنمية المجتمع وتحفيز القيادات المحلية للقيام بدور فعال في النشاط الصحي؛

11- تقديم تقارير دورية ومستمرة للمشرفين في السلطات الصحية المحلية وللقيام بهذه الأدوار يجب على الممرض أن يكون متواجداً في كل أوقات الخدمة ليلبي أي طلبات عاجلة كما عليه أن يتصرف في كل الأحوال في حدود قدراته وتدريبه ومسئولياته وأن يشارك في الدورات التدريبية أثناء الخدمة لتنمية مهاراته العملية وزيادة معلوماته العلمية.

تقديم الخدمات التمريضية اللازمة حسب الحاجة

على الممرض في الخدمات الصحية المتنقلة مسئولية التعرف على احتياجات المجتمع الصحية واكتشاف طرق مبتكرة لمساعدة الأفراد والأسرة في تلبية هذه الاحتياجات. وهناك بعض الأسس التي يجب أن تتبع عند تقديم الخدمات التمريضية في المجتمع، وهي:

أ - تقييم الاحتياجات الصحية للمجتمع

يجب التعرف على احتياجات المجتمع الصحية من خلال:

1 - الملاحظة بكل الحواس، الكلام قليلاً والاستماع كثيراً والسؤال بلباقة بدون التدخل في خصوصيات الآخرين؛

2 - التعرف على الناس ولمن يلجأون في حالة المرض أو المشاكل الصحية وطريقة حياة الناس في منازلهم، والطعام المفضل والطقوس الدينية، والعادات والتقاليد خاصة فيما يدور حول الزواج والحمل والولادة ورعاية الأطفال والمرض والموت، كذلك الأعمال الرئيسية للأفراد في المجتمع؛

3 - ملاحظة الكثافة السكانية وتوزيعها بالفئة العمرية؛

4 - التعرف على الملامح الجغرافية للمنطقة وعلى حالات الجو والطقس وهل هناك تغيرات مناخية بين الفصول؛

5 - التعرف على طرق الاتصال والتواصل وتحديد الأماكن الهامة التي لها علاقة بالصحة على خريطة للمنطقة؛

6 - التعرف على تحركات الأفراد والمجاميع وهل هناك تحركات موسمية أو هجرة إلى المدن والمناطق المحيطة، كذلك مكان وميعاد السوق الأسبوعية للمنطقة؛

7 - التعرف على نوعية التعليم المتاحة للأفراد ونسبة الأمية؛

8 ـ التعرف على أسباب الوفيات والإعاقة وأهم الأمراض المنتشرة في المنطقة وكذلك أهم المشاكل الصحية؛

9 ـ التعرف على الإمكانيات الصحية المتاحة في المنطقة ومن الذي يديرها وهل هذه الخدمات خاصة أم حكومية ومدى توفّرها وسهولة الحصول عليها لسكان المنطقة.

ب ـ التخطيط السليم لمواجهة الاحتياجات الصحية للمجتمع

بعد انتهاء التقييم نقوم بوضع الخطة التمريضية لمواجهة احتياجات المجتمع الصحية بحيث يتم:

1 ـ إشراك الأفراد في جميع الخطوات من خلال قادة المجتمع لحل مشاكلهم الصحية؛
2 ـ وضع أهداف محددة حسب الاحتياجات يسهل تنفيذها؛
3 ـ وضع أولويات لهذه الأهداف؛
4 ـ الأخذ بعين الاعتبار كل الإمكانات سواء البشرية أو المادية المتاحة؛
5 ـ وضع خطة قصيرة المدى لتنفيذها فوراً وخطة بعيدة المدى للاستمرار عليها لفترة من الزمن.

ج ـ تنفيذ الخطة التمريضية لمواجهة الاحتياجات الصحية للمجتمع

عند تنفيذ الخطة التمريضية يجب مراعاة:

1 ـ التأكد من وجود كافة المصادر سواء الإمكانات البشرية أو المادية من مبانٍ وأدوات؛
2 ـ التنسيق مع الأفراد في المجتمع من حيث مواعيد وفترات العمل المناسبة وعدم التعارض مع الحياة اليومية للأفراد؛
3 ـ الإشراف المستمر والمتابعة في تنفيذ كل خطوات الخطة التمريضية.

د ـ تقييم الخطة التمريضية

في النهاية نجري تقييماً للخدمات التمريضية المقدمة لمجتمع بطريقة مستمرة للتأكد من:

1 ـ تحقيق الأهداف المتوقعة؛
2 ـ وجود الخدمات المقدمة؛
3 ـ سهولة ويسر وصول الخدمات المقدمة للمجتمع؛
4 ـ تغير سلوك الأفراد في المجتمع لسلوك صحي مرغوب؛
5 ـ رضا وقبول الأفراد في المجتمع للخدمات المقدمة لهم.

أسئلة ونشاطات

1 ـ اشرح الغرض من الخدمات الصحية المتنقلة.
2 ـ عدّد أهداف الفريق الصحي في الخدمات الصحية المتنقلة.
3 ـ ناقش دور الممرض في الخدمات الصحية المتنقلة.
4 ـ اذكر الأسس التي يجب أن تتّبع عند تقديم الخدمات التمريضية.
5 ـ اشرح كيفية التعرف على احتياجات المجتمع الصحية.
6 ـ اذكر ما يجب مراعاته عند وضع الخطة التمريضية.
7 ـ اذكر ما يجب مراعاته عند تنفيذ الخطة التمريضية.

مراجع للاستزادة

(1) Byrne M., Bennett F.J., Community Nursing In Developing Countries, Oxford University Press, London, (1973).

(2) Colgate S. Jato M., Carriesr. J.F. Mounlom D., The Nurse The Community Health In Africa, Editions CLE, Cameroon, (1979).

(3) Ledam Ej., Community Nursing Manual- Aguide For Auxiliary Puplic Health Nurses, McGraw-Hill International Book Campany, Singapore, (1972).

(4) Spradley B.W., Allender J.A., Community Health Nursing Concepts and Practice, 4th ed., Lippincott, Philadephia (1996).

(5) Stewart D.M., Vicent P.A., Public Health Nursing, WM. C. Brown Company Publishers, Lowa, (1968).

(6) Tattesall E.R., Nursing Management In Practice, Edward Arnold, London. (1984).

(7) Werner D., Where There Is No Doctor; A village Health Care Handbook, The Hesperian Foundation, California, (1977).

(8) العاملون في الرعاية الصحية الأولية، منظمة الصحة العالمية، (1981).

(9) زينب محمد شيبة الحمد، مصطفى عبد الفتاح ابو الفتوح، مبادىء الصحة العامة والطب الاجتماعي، المعهد العالي للصحة العامة ـ جامعة الإسكندرية (1989).

الوحدة السابعة

دور ممرض صحة المجتمع

في مكافحة الأمراض

الفصل الأول: الأمراض السارية

الفصل الثاني: الأمراض غير السارية/الأمراض المزمنة

الفصل الثالث: الأمراض المتوطّنة

الفصل الرابع: الأمراض المستجدة

الفصل الخامس: الأمراض الحيوانية المنشأ

الفصل الأول

الأمراض السارية
Communicable Diseases

شهد القرن الحالي انخفاضاً هائلاً في معدلات الوفاة الناجمة عن الإصابة بالأمراض السارية، وخاصة في البلاد المتقدمة. بل إن بعض هذه الأمراض قد قارب على الاختفاء نهائياً مثل الدفتريا وشلل الأطفال الحاد.

ويرجع هذا الانخفاض إلى عدة عوامل مترابطة مثل استخدام العقاقير وخاصة الأمصال من خلال البرامج الموسعة للتطعيمات، وكذلك توفير البيئة الصحية والرعاية الطبية والتمريضية لأفراد المجتمع. وتختلف الصورة في الدول النامية عنها في الدول المتقدمة. فتبعاً لما ذكرته منظمة الصحة العالمية نجد أن الأمراض السارية تسبّب 8% من كل الوفيات بالدولة المتقدمة، بينما تسبّب 40% في الدول النامية مقسّمة بالتساوي بين الأمراض التنفسية المعدية وجميع الأمراض بما فيها الإسهال. ونظراً لزيادة عدد السكان في الدول النامية نجد أن الأمراض السارية تمثل ثلث الأمراض المميتة في العالم مما يلقي الضوء على ضرورة الاهتمام بمقاومة ومكافحة الأمراض.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سوف يكون القارىء قادراً على:

1 ـ تعريف الأمراض السارية؛

2 ـ تحديد أسباب حدوث الأمراض السارية وعوامل الخطر المرتبطة بها؛

3 ـ مناقشة سلسلة العدوى؛

4 ـ شرح دور ممرض صحة المجتمع في مقاومة ومكافحة الأمراض السارية.

تعريف الأمراض السارية

هي الأمراض التي تسببها الجراثيم الممرضة pathogens أو الطفيليات parasites والتي يمكن أن تنتقل من مصدر العدوى إلى الإنسان.

أسباب حدوث الأمراض السارية وعوامل الخطر المرتبطة بها

تشمل العوامل المرتبطة بمسببات المرض agent factors:

1 ـ نشر العدوى وتعني قدرة الميكروبات على الانتشار السريع من الشخص العائل للمرض إلى الشخص السليم.

2 ـ غزو الجسم وتعني قدرة الميكروبات على الانتشار داخل جسم العائل.

3 ـ درجة الشراسة وتعني قدرة الميكروبات على إحداث مرض شديد.

4 ـ عدد الميكروبات الداخلة إلى الجسم يعتمد حدوث المرض على كمية الميكروبات الداخلة إلى الجسم، فكلما زادت الكمية أخفقت وسائل الجسم الدفاعية.

العوامل المرتبطة بالعائل Host Factors

1 ـ السن: تكثر نسبة الإصابة والوفيات من الأمراض السارية بصفة عامة عند الأطفال وكبار السن مع بعض الاستثناءات، فنجد مثلاً أن مرض الحصبة يكون أقل خطورة بالنسبة للأطفال عما هو عليه عند متوسطي العمر.

2 ـ النوع: هناك بعض الأمراض السارية تكون أكثر انتشاراً في الذكور منها في الإناث.

3 ـ العوامل الوراثية: تلعب العوامل الوراثية لمرض معين دوراً في بعض الأسر، مثال ذلك مرض الدرن.

4 ـ الحالة الصحية العامة والحالة الغذائية للعائل: وجود بعض الأمراض الأخرى أو سوء التغذية، واستخدام بعض العقاقير مثل المضادات الحيوية أو مركبات الكورتيزون ـ الإشعاع، كذلك وجود ضغوط نفسية.... الخ.

5 ـ درجة مقاومة الجسم ـ وسائل الجسم الدفاعية ودرجة المناعة: إن جسم الإنسان مزود بوسائل دفاعية طبيعية تحميه من التعرض للعدوى والأمراض. وهي تنقسم إلى نوعين: وسائل ميكانيكية ووسائل دفاع داخلية. وتمثل الوسائل الميكانيكية خط الدفاع الأول للجسم وتشمل الجلد والأغشية المخاطية المبطِّنة للجهازين التنفسي والهضمي والعين والمهبل وكذلك الدموع والشعيرات الدقيقة الموجودة بالأنف وأيضاً الشمع الموجود بالأذن. أما الوسائل الداخلية (خط الدفاع الثاني) فتتعامل مع مسببات المرض التي تمر من الحواجز الطبيعية السابقة وتتمثل في الجهاز المناعي بالجسم ويشمل خلايا الدم البيضاء الملتهمة وبلازما الدم التي تكوِّن الأجسام المضادة.

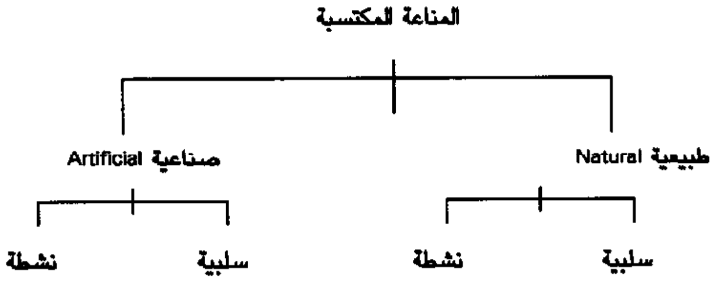
المناعة

المناعة هي حالة زيادة مقاومة الجسم ضد مادة معينة، وتنقسم المناعة إلى مناعة خاصة أو محددة ومناعة مكتسبة.

1ـ المناعة الخاصة أو المحددة:

(أ) المناعة الناتجة عن وجود الأجسام المضادة التي تكونها الخلايا اللمفاوية من الغاما غلوبولين الموجود ببروتين البلازما عند تنبيهها بمولد المضاد.
(ب) المناعة الناتجة عن الخلايا.

2 ـ المناعة المكتسبة



المناعة الطبيعية المكتسبة Natural Acquired Immunity

1ـ سلبية: وتكتسب من الأم عن طريق المشيمة وقليل منها من حليب الأم (اللبأ)، ويولد الطفل مكتسباً مناعة مؤقتة لمدة ستة أشهر ضد معظم الأمراض المعدية مثل الدفتيريا والحصبة والحصبة الألمانية والغدة النكفية وشلل الأطفال والتيتانوس الوليدي (الكزاز).

2 ـ نشطة: وتعقب العدوى بمرض ظاهر أو غير ظاهر أو العدوى التي تستمر بالجسم (بؤرة العدوى).

المناعة المكتسبة صناعياً

وتكتسب من خلال التحصين النشط أو السلبي.

- **التمنيع النشط:** يتم من خلال مولدات المضاد antigen مثل اللقاحات vaccines والذيفانات والتوكسيد التي تنبه جهاز المناعة لتكوين الأجسام المضادة antibodies. وهناك أنواع عديدة من اللقاحات منها:
- لقاحات حية موهّنة live attenuated vaccines، مثل لقاح الحصبة وشلل الأطفال (سابين) والدرن والحصبة الألمانية والغدة النكافية والحمى الصفراء.
- لقاحات حية، مثل لقاح الجدري.

- لقاحات ميتة killed vaccines، مثل التيفوئيد والكوليرا والسعال الديكي وشلل الأطفال (سولك) والسعار.
- سكريات متعددة التركيب polysaccharide، مثل الالتهاب السحائي الوبائي.
- مولد المضاد لفيروس الكبدي ب surface antigen of virus B.

التمنيع السلبي Passive Immunization

ويتم بحقن مضادات أجسام جاهزة التكوين مثل:

- **مضادات الأجسام البشرية:** وتحضّر من بلازما الدم للأشخاص الذين يعيشون في أماكن توطن أو الناقهين أو الذين اكتسبوا مناعة نشطة من خلال التمنيع.
- **مضادات السموم الحيوانية:** تستخدم للوقاية من أو علاج بعض الأمراض السارية التي تتميز بوجود سموم بالدم toxemia وتعطي مناعة لمدة قصيرة (2-3 أسابيع).

العوامل البيئية Environmental Factors

تلعب البيئة دوراً هاماً في حدوث العدوى بالأمراض السارية وخاصة عند توافر بعض العوامل، مثل التلوث البيئي (تلوث الهواء والماء والطعام)، والازدحام، وعدم توفر الغذاء الكافي، وانتشار القمامة والفضلات وعدم التخلص منها بطريقة صحية سليمة مما يساعد على توالد وانتشار الحشرات. هذا إلى جانب عدم استقصاء الأمراض أو التراخي في تبليغ الجهات الصحية المختصة لاتخاذ اللازم للحد من انتشار الأمراض وخاصة في البلاد النامية.

سلسلة العدوى The Infection Transmission Chain

ترجع أهمية دراسة سلسلة العدوى إلى أنها توضح العوامل التي تساعد على انتقال الكائنات المحدثة للمرض من شخص إلى آخر. وبالقضاء على أحد هذه العوامل تقطع السلسلة ويمكن الوقاية من العدوى .

وتتكون هذه السلسلة كما في الشكل (1) من:

1ـ العامل المسبب: هو كائن دقيق يسبب العدوى بالمرض. وتشمل المسببات: البكتيريا والفيروسات والفطريات والطفيليات والحيوانات الأوالي.

- **البكتيريا:** وتسبب الأمراض التالية: الدفتيريا والتيفوئيد والالتهاب السحائي والتدرن والسيلان والتهاب اللوزتين.... الخ.
- **الفيروسات:** وتسبب نزلات البرد وشلل الأطفال والحصبة وجدري الماء والالتهاب الكبدي الوبائي والانفلونزا والإيدز والسعال والتهاب الملتحمة وغيرها.

- **الحيوانات الأوالي:** وتسبب مرض الملاريا.
- **الفطريات:** تسبب القراع والسعفة والصداف وغيرها.
- **الطفيليات:** تسبّب الجرب والديدان الدبوسية والشريطية والإسكارس وغيرها.

2 ـ المستودع (مصدر العدوى) Reservoir

هو المكان الذي يأوي الجراثيم ويشمل الإنسان (المريض وحامل الميكروب) والحيوانات والماء والتربة والهواء والطعام والنباتات.

الإنسان كمصدر للعدوى

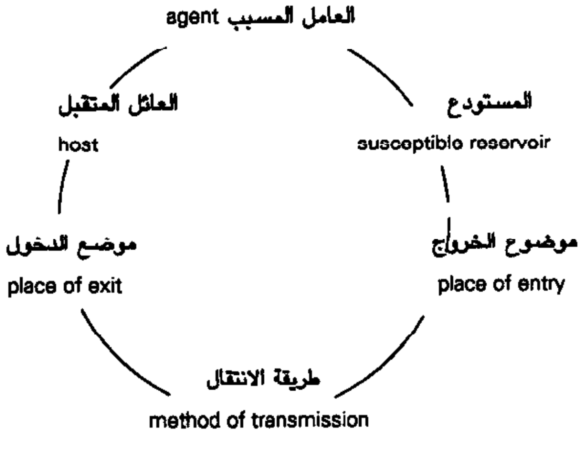
ينقسم إما إلى شخص مريض أو حامل للميكروب.

- المريض: وهو الشخص الذي تظهر عليه أعراض المرض ويكون ناقلاً للعدوى.
- حامل الميكروب: وهو الشخص المصاب بالعدوى دون أن تظهر عليه أية علامات أو أعراض للمرض ولكنه قد ينشر الجراثيم الممرضة.

انواع حامل الميكروب

أ ـ حامل حاضن: وهو قادر على نقل العدوى خلال الأيام القليلة الأخيرة من فترة الحضانة.

الشكل (1) سلسلة العدوى



ب ـ حامل ناقل: ويكون سليماً من الناحية الإكلينيكية ولكن غير سليم من الناحية البكتريولوجية، ويظل قادراً على نقل العدوى أسابيع أو أشهر في معظم الأحيان أو لعدة سنوات أو مدى الحياة (حامل مزمن).

ج ـ حامل صحيح: يكتسب العدوى من بيئة ملوثة ويصبح قادراً على نقلها لحوالي أسبوعين. ويلعب حامل الميكروب دوراً هاماً في نقل الأمراض، مثل الإيدز والدفتيريا والتيفوئيد والباراتيفوئيد والالتهاب الكبدي الفيروسي وشلل الأطفال والدوسنتاريا الأميبية (الزحار الأميبي) والكوليرا والتهاب الحلق الناتج عن الجراثيم السبحية والسيلان. ويعد حامل الميكروب أهم من المريض لعدة أسباب، هي:

- تكون العدوى غير ظاهرة (لا يوجد أعراض أو علامات مرضية)؛
- يتحرك حامل الميكروب بحرية في المجتمع؛
- عدد حالات حاملي الميكروب أكثر بكثير من الحالات المرضية؛
- قد يستمر حامل الميكروب مصدراً للعدوى لأشهر أو سنوات.

وهناك بعض المهن التي يشكل فيها حامل الميكروب خطورة خاصة فيها، مثل:

- عمال التغذية؛
- العاملون بالمدارس والحضانات؛
- العاملون بالمجال الصحي.

ومن مصادر العدوى أيضاً الحيوانات وقد تسبب أمراضاً للإنسان بطريقة مباشرة كمرض السعار، أو بطريقة غير مباشرة عن طريق تلوث المياه أو الطعام بروث الحيوانات.

3 ـ موضع الخروج

وهو المكان الذي تخرج منه الجراثيم من المستودع على شكل:

- إفرازات الجهاز التنفسي عن طريق الرذاذ والبصاق والإفراز المخاطي واللعاب.
- البراز الذي تخرج معه الجراثيم من الأمعاء أو المرارة.
- البول وتخرج معه جراثيم التيفوئيد والباراتيفوئيد.
- إفرازات الجلد والاغشية المخاطية عن طريق إصابات الجلد، والطفح الجلدي في الجديري، وإفرازات العين في حالات التهابات ملتحمة العين، وإفرازات مجرى البول في حالات الزهري.
- الدم من خلال الحشرات الناقلة ونقل الدم والحقن الملوثة.
- القيء الذي تخرج معه أواليات الكوليرا.

4 ـ طريقة انتقال العدوى

وهي الطريقة التي تنتقل بها الميكروبات من مكان إلى آخر. وتنتقل الأمراض المعدية بواسطة خمس طرق، هي:

أ ـ **المخالطة:** وتكون بطريقة مباشرة من شخص إلى شخص مثل نزلات البرد والأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس، أو بطريقة غير مباشرة كاستخدام أدوات ملوثة مثل إبرة ملوثة، كما في حالات الالتهاب الكبدي الفيروسي أو عن طريق الرذاذ من خلال اللعاب والإفرازات المخاطية حيث تبقى حبيبات الرذاذ الدقيقة المحملة بالميكروبات معلقة في الهواء إلى أن يستنشقها العائل الجديد.

ب ـ **نواقل عامة:** وفيها تنتقل جراثيم المرض عن طريق الطعام أو الماء أو اللبن أو الدم. ومن أهم الأمراض التي ينقلها الطعام: التسمم الغذائي والتيفوئيد والباراتيفوئيد والدوسنتاريا الباسيلية (الزحار العصوي) والنزلات المعوية والالتهاب الكبدي الفيروسي A والكوليرا والتدرن. أو عن طريق الهواء: وتتم العدوى عن طريق الماء المحمل بالميكروبات والمعلق في الهواء أو عن طريق الغبار المحمل بالميكروبات.

ج ـ **الحشرات كنواقل للأمراض:** تلعب الحشرات دوراً هاماً في نقل الأمراض من شخص إلى آخر ومن هذه الحشرات:

- **الذبابة المنزلية:** تسبب أمراض الطعام والتهاب ملتحمة العين.
- **الصراصير:** تسبب أمراض الطعام.
- **البعوض:** يسبب الملاريا ـ الفيلاريا والتهاب المخ.
- **القمل:** التيفوس الوبائي والحمى الراجعة.
- **البراغيث:** الطاعون والتيفوس الفاري.
- **القرادة:** الحمى الراجعة وحمى الكيو.

د ـ **من خلال المشيمة:** مثل الإيدز.

4 ـ موضع الدخول

وهو الكيفية التي تدخل فيها الميكروبات إلى العائل الجديد، ويحدث ذلك بنفس طرق انتقال العدوى التي سبق أن ذكرناها.

5 ـ العائل المتقبل

وهو الشخص الذي يمكن أن يصاب بالعدوى.

دور ممرض صحة المجتمع في مكافحة الأمراض السارية

يلعب ممرض صحة المجتمع دوراً هاماً في مقاومة ومكافحة الأمراض السارية وذلك بالاشتراك في الأنشطة التالية:

الوقاية الأولية

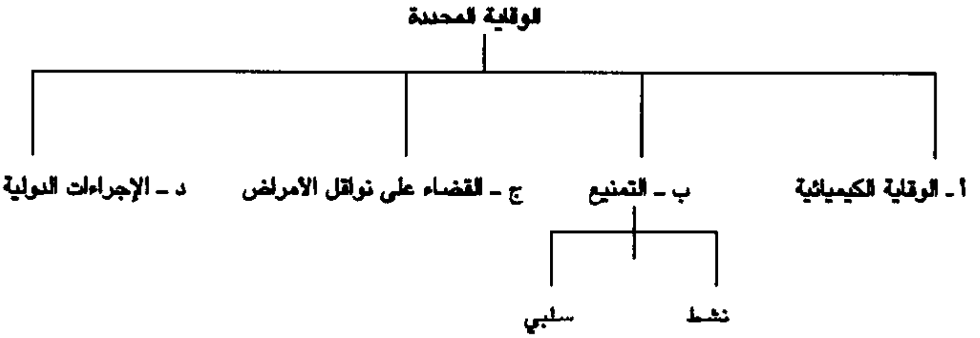
وتعني الإجراءات التي تتخذ لمنع حدوث الأمراض السارية في المجتمع. وتشمل هذه الإجراءات الوقائية – تعزيز الصحة، والوقاية المحددة.

تعزيز الصحة

ويتم ذلك عن طريق الإرشاد والتثقيف الصحي الذي يقدمه ممرض صحة المجتمع للأفراد والأسر والمجتمع ككل من موضع عمله في المراكز الصحية المختلفة والمدارس والمصانع ووحدات تنمية البيئة الصحية أو خلال الزيارات المنزلية. ومن المعلومات التي يجب على الممرض توصيلها للوقاية من الأمراض السارية ما يلي:

- التغذية الصحيحة: يجب تناول الطعام المغذي الكافي لأن الشخص إذا كان قوياً صحيح البنية يكون أكثر مقاومة للأمراض. كذلك يجب على الممرض تشجيع الأمهات على الرضاعة الطبيعية وإبراز أهميتها في حماية الأطفال من الأمراض السارية.
- النظافة الشخصية: كالاستحمام وغسل الأيدي بالماء والصابون قبل تناول الطعام وبعد التبرز.
- ممارسة الرياضة في الهواء الطلق وأخذ قسط وافر من الراحة والنوم.
- استخدام المياه النقية الصالحة للشرب والبعيدة عن مصادر التلوث.
- توفير البيئة الصحية وتشمل نظافة المنزل وما حوله والتخلص الصحي من النفايات المنزلية، ومكافحة الذباب وسائر الحشرات المنزلية.
- المحافظة على نظافة الأطعمة وحفظها بطريقة سليمة وبعيدة عن الذباب والحشرات الأخرى.
- التوعية عن أهم الأمراض السارية المنتشرة بالمجتمع (مسبباتها وطرق انتقالها وأعراض وعلامات المرض وطرق الوقاية منها) كذلك الخدمات المتاحة عند حدوث المرض وكيفية الوصول إليها.

الوقاية المحددة



أ - الوقاية الكيميائية: وذلك باستخدام العقاقير المضادة للجراثيم والطفيليات للوقاية من بعض الأمراض السارية سواء قبل التعرض للعدوى أو بعد حدوثها وذلك لمنع ظهور المرض أو حمله. وتستخدم هذه العقاقير للأفراد والمجموعات المعرضين للإصابة بالالتهاب السحائي الوبائي وحمى النفاس والكوليرا والتدرن والطاعون والتهاب العيون عند الأطفال حديثي الولادة والملاريا والحمى الروماتيزمية والسيلان والزهري.

ب - التمنيع ضد الأمراض السارية: هو إعطاء الشخص جرعات اللقاح قبل الإصابة بالعدوى حتى تتكون في جسمه مواد تهاجم مسببات المرض إذا حدثت العدوى. ويساهم التمنيع مساهمة فعالة في منع حدوث وفيات الأطفال من سبعة أمراض خطيرة هي التدرن وشلل الأطفال والدفتيريا والسعال الديكي والتيتانوس والحصبة والالتهاب الكبدي (البائي). كما أن هناك لقاحات أخرى مثل لقاح الحمى الشوكية النخاعية ولقاح الدفتيريا والتيفوئيد وغيرها. وترجع أهمية التمنيع أيضاً إلى أنه في حال عدم القيام به يموت 3% من الأطفال بسبب الحصبة، و2% بسبب السعال الديكي، و1% بسبب الكزاز، ويصاب طفل بين كل مائتي طفل بالشلل الدائم، هذا بالإضافة إلى مضاعفات هذه الأمراض مثل سوء التغذية والتأخير الجسمي والعقلي والعمى.

ج - القضاء على نواقل الأمراض: ويتم ذلك بتدمير أماكن توالدها والتخلص من القمامة بطريقة صحيحة والحفاظ على نظافة الطعام وتخزينه بطريقة سليمة.

د - الإجراءات الدولية: وتتخذ هذه الإجراءات لتفادي دخول أحد الأمراض السارية والتي تسمى أمراض المحجر (quarantinable diseases) من بلد إلى آخر. ومن أمثلة هذه الأمراض الكوليرا (cholera) الطاعون (plague) الحمى الصفراء (yellow fever) والجمرة الخبيثة (Anthrax). وتشمل هذه الإجراءات تطعيم المسافرين وإجراء التحاليل الطبية والكشف عليهم وإعطاءهم الشهادات الصحية التي تثبت خلوهم من الأمراض السارية، وكذلك مراقبة الموانيء والمطارات والكشف على العائدين والبضائع وطيور الزينة.

الوقاية الثانوية

وهي الإجراءات التي تتخذ عند حدوث المرض للحد من انتشاره ومنع حدوث مضاعفات وتشمل: مكافحة مستودع العدوى، وإجراءات المكافحة للمخالطين، وإجراءات المكافحة بالمجتمع.

مكافحة مستودع العدوى

الحيوانات: وذلك عن طريق إبادة القوارض والكلاب الضالة والماشية المريضة، وتوفير الظروف المعيشية المناسبة والرعاية الطبية للماشية والحيوانات الأليفة للإقلال من انتشار الأمراض فيما بينها وفي الإنسان.

الإنسان: ويشمل أولاً حاملي الميكروب وهؤلاء يصعب مكافحتهم كلياً لأن نسبة قليلة منهم تكتشف، وثانياً العناية بالمريض والتي تشمل:

(أ) الاكتشاف المبكر والتحقق من تشخيص المرض

يساعد في نجاح مكافحة هذه الأمراض والسيطرة على انتشارها.

(ب) تبليغ الجهات المختصة عن المرض

ترجع أهمية التبليغ إلى سرعة اتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة، كما يساعد على تتبع مصدر العدوى ومسارها للقضاء عليه ويوفر البيانات الإحصائية اللازمة عند التخطيط للبرامج الصحية الخاصة بالأمراض السارية.

(ج) العلاج والعناية التمريضية

العزل: يساعد على تفادي انتشار العدوى ووقاية المريض من التعرض لمضاعفات المرض ويتم عزل المريض حسب نوع المرض.

وتنحصر أماكن العزل في:

- مستشفيات الحميات أو بأماكن خاصة في حالة الأمراض ذات الوبائية الشديدة مثل (الكوليرا ـ الطاعون ـ التيفوس ـ الحمى الراجعة ـ والحمى الصفراء).

ب ـ المنزل إذا توفرت فيه الشروط الصحية كما هو في حالة الحميات المعدية والحمى المالطية، والالتهاب السحائي الوبائي، والالتهاب الكبدي الفيروسي أو الدفتيريا. كذلك يمكن العزل بالمنزل في حالات الحصبة، الحصبة الألمانية، الغدة النكفية، السعال الديكي، الالتهاب الرئوي، حمى النفاس، التسمم الغذائي، الدوسنتاريا، التيتانوس والملاريا.

(د) العلاج الطبي:

ويتم باستخدام مضادات الميكروبات ومضادات السموم.

(هـ) العناية التمريضية وتشمل:

- الملاحظة اليومية للمريض.
- توفير الرعاية الجسدية والنفسية.
- الاهتمام بالتغذية الكافية والخاصة بالمرض.
- علاج الأعراض.
- إعطاء الأدوية والعلاج الموصوف بدقة.

- متابعة المريض لتفادي حدوث المضاعفات ومكافحتها إذا حدثت.
- الاهتمام باتباع أسس وطرق مكافحة العدوى بدقة شديدة بالنسبة للتعامل مع المريض وأدواته وبيئته كما سيناقش فيما بعد وذلك لحماية الممرض والمريض والمخالطين.

(و) التثقيف الصحي للمريض وأفراد أسرته:

يجب على الممرض تقييم مدى إدراك هؤلاء بالأمراض السارية المنتشرة وطرق انتقالها وأعراضها وعلاماتها، وكذلك كيفية الوقاية منها والأماكن التي يلجأون إليها للعلاج، وعاداتهم الصحية واتجاهاتهم نحو العلاج وأهمية التبليغ عن الأمراض السارية وأهمية العلاج والمتابعة أثناء المرض وذلك لإعطائهم المعلومات التي يحتاجون إليها وتعليمهم كيفية العناية بالمريض وحماية أنفسهم.

(ز) الخروج من العزل

وذلك عند الشفاء التام وانتهاء حالة العدوى وخاصة في الأمراض التي تنتهي بناقه من المرض ولكنه حامل للميكروب من خلال تحليل ثلاث عينات بكتريولوجية تكون نتيجتها سلبية أو بعد انقضاء فترة زمنية معينة تغطي استمرارية العدوى كما في حالة الأمراض الفيروسية.

الوقاية الثالثية

وتهدف إلى تقليل نسبة الإعاقة والتأهيل كما في حالات شلل الأطفال والحمى الروماتيزمية، وتشمل التأهيل الجسدي والنفسي والاجتماعي للمريض وأسرته.

العناية بالمخالطين

يخضع المخالطون سواء بالمنزل أو المدرسة أو مكان العمل للإجراءات التالية:

- تقييد أسمائهم وبياناتهم الشخصية.
- فحصهم لاكتشاف الحالات المرضية.
- تفادي مخالطتهم للمريض.
- مراقبتهم لمدة حضانة المرض مع استمرار الذهاب للمدرسة أو العمل مع الفحص اليومي (درجة الحرارة ـ علامات المرض وأعراضه).
- يُمنع المخالطون للمرضى بأمراض شديدة العدوى والذين لم يتم تحصينهم أو لم يسبق إصابتهم بالمرض من الذهاب إلى المدرسة أو إلى العمل لفترة حضانة المرض

أو حتى يثبت عدم حملهم للميكروب.

العزل: وذلك في الأمراض الحادة المميتة مثل الكوليرا حتى يثبت عدم الإصابة والحمى التيفية والالتهاب الرئوي الحاد لمدة سبعة أيام ولمدة عشرة أيام في الطاعون الرئوي.

- إجراء الفحوص المختبرية للمخالطين في حالة الأمراض التي تتميز بوجود حامل ميكروب.
- الوقاية الخاصة من خلال التحصين أو الوقاية الكيميائية.
- التثقيف الصحي بخصوص الوقاية الشخصية والأعراض المبدئية للمرض لطلب المشورة الصحية.

أسئلة ونشاطات

1 ـ عرّف ما يلي:

- الأمراض السارية
- المناعة
- حامل الميكروب
- المستودع

2 ـ ناقش الأسباب وعوامل الخطر المرتبطة بحدوث الأمراض السارية.

3 ـ يعتبر حامل الميكروب أكثر خطورة من المريض. كيف تفسر ذلك؟

4 ـ اذكر أهمية التمنيع ضد الأمراض السارية وخاصة عند الأطفال.

5 ـ اذكر خمسة أمراض سارية يمكن الوقاية منها باستخدام العقاقير المضادة للجراثيم والطفيليات.

6 ـ اذكر العوامل التي تتكون منها سلسلة العدوى مع بيان أهمية دراسة هذه العوامل.

7 ـ أكمل ما يلي:

- يكتسب الطفل مناعة طبيعية سلبية مؤقتة من الأم تحميه من الأمراض الآتية:
- اذكر أربعاً من وسائل الجسم الدفاعية الميكانيكية:

8 ـ وضّح الدور الذي يقوم به ممرض صحة المجتمع في مكافحة الأمراض السارية.

مراجع للاستزادة

(1) Green L.W.and Ottoson J.M., Community Health, 7th ed Mosby- year book inc., 305-38. (1994).

(2) Khalil I.F., Community Medicine. Egypt: El-Faress, 9-63. (1993).

(3) Hinchlieff S.M. et al., Nursing Practice Health Care. 2nd ed., London, Melbourne, Auckland: Edward Arnold, 402-30 (1993).

(4) Last J.M., and Wallace R.B., Public Health Preventive Medicine, 13nd Ed., Prentice-Hall International Inc., 66-9 (1992).

(5) Byrne M. and Bennett F.J., Community Nursing In Developing Countries, A Manual For The Community Nurse, 2nd Ed., New York, Nairobi: Oxford University Press, 157-200. (1986).

(6) Tietjen IL et al. Infection Prevention For Family Planning Service Programs., USA: Sddential Medical Information System, Inc., 1-83. (1992).

(7) The British Medical Association Guide Infection Control. Great Britain: Edward Arnold, 33-63,133-67. (1989).

(8) Infection Control For Nurses. Egypt, Allexandria: World Health Organization, Regional Office for Eastern Mediterranean. (1991).

(9) Eastern Mediterranean Region Epidemiological Bulletin. No. 24. WHO, (1994).

(10) Stanfield P.et al, Diseases Of Children In The Subtropics Tropics. 4th ed. Great Britain: Edward Arnold, 445-600. (1991)

(11) Stanhope M., and Lancaster J., Community Health Nursing: Process practice For Promoting Health, 2nd Ed. Mosby Company, 328-51. (1988).

(12) Cassens B.J. Preventive Medicine Public Health, 2nd ed., Baltimore, Hong Kong, London, Sydney: Harwal publishing company, 84-123. (1992).

(13) Hammann P., Disease Identificaiation, Prevention and Control, USA: Mosby-year book Inc., 84-259.(1994).

(14) Howard J.P.and Casewll M., Hospital Infection Control, London, Philadelphia, Toronto, Sydney, Today: W.B. Saunders company LTD, 1448. (1994).

الفصل الثاني

الأمراض غير السارية
(الأمراض المزمنة)
Non Communicable Diseases
(Chronic Diseases)

تعتبر الأمراض المزمنة chronic diseases من أهم الأمراض غير السارية، وقد ظهرت نتيجة للتقدم الواضح في علاج الأمراض السارية وخفض نسبة الوفيات في السنوات الأولى من العمر مما أدى إلى زيادة أعمار الأفراد حيث أصبحت نسبة كبيرة منهم تصل إلى سن متقدمة. وترجع أهمية هذه الأمراض إلى أنها إلى جانب إحداث الإصابة والعجز وعدم القدرة على القيام بأعباء الحياة اليومية، فإن بعضها يعدّ من أهم الأسباب المؤدية للوفاة عند البالغين وكبار السن (25-64 سنة). وتعد الأمراض المزمنة أيضاً من المشاكل الاجتماعية التي تؤثر على المريض نفسياً واجتماعياً وعاطفياً، كما تمثل عبئاً اقتصادياً على أسرة المريض والمجتمع ككل. ولهذا وجب الاهتمام بالوقاية من هذه الأمراض وعلاجها وتأهيل المرضى للتغلب على العجز ومساعدتهم في الاعتماد على النفس والقدرة على التعايش والإحساس بكيانهم ولرفاهية المجتمع.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سوف يكون القارىء قادراً على:

1 ـ تعريف الأمراض غير السارية؛

2 ـ تعريف المرض المزمن؛

3 ـ مناقشة أسباب حدوث المرض وعوامل الخطر المرتبطة به؛

4 ـ شرح دور ممرض صحة المجتمع في مكافحة الأمراض غير السارية؛

5 ـ التخطيط للبرامج الصحية المناسبة في المجتمع.

تعريف الأمراض غير السارية

هي أمراض لا تسببها الجراثيم، ولا تنتقل من المريض إلى الآخرين ولها أسباب متعددة ومختلفة.

تعريف الأمراض المزمنة

هي الأمراض التي تبدأ وتتطور ببطء وتدوم لسنوات عديدة وهي تشمل إصابة أو ضعف أجهزة الجسم بشكل يعوقها عن تأدية وظائفها الفيزيولوجية الطبيعية. ومن أمثلة هذه الأمراض: السرطان، أمراض القلب والأوعية الدموية، أمراض الكبد، أمراض الرئة المزمنة، أمراض السكر، التهاب المفاصل.

خصائص الأمراض المزمنة

1 ـ تُلازم المصاب بها مدى الحياة؛

2 ـ تترك إعاقة كلية أو جزئية؛

3 ـ العوامل البيئية Environmental Factors

تؤثر العوامل البيئية في حدوث بعض الأمراض المزمنة مثل الدرن tuberculosis وأمراض القلب الروماتزمية rheumatic heart diseaeses.

4 ـ نمط الحياة Lifestyle

- **التدخين:** يعرّض المدخنين إلى الأمراض التنفسية المزمنة وسرطان الرئة وأمراض الشرايين التاجية.
- **طبيعة العمل:** هناك بعض الأعمال التي تعرض المرء لبعض المواد مثل الغبار الذي يؤدي إلى بعض أنواع السرطانات.
- **العادات الغذائية:** يؤدي الإفراط في تناول الطعام إلى السمنة التي تساعد على حدوث أمراض القلب والسكر وتآكل المفاصل، كما يؤدي نقص اليود iodine إلى أمراض الغدة الدرقية. وثمة ارتباط أيضاً بين زيادة الدهنيات بالطعام وحدوث أنواع معينة من السرطانات.

مقارنة بين الأمراض المزمنة والأمراض السارية

عوامل المقارنة	الأمراض المزمنة	الأمراض السارية
المدة (duration)	لمدة طويلة وأحياناً مدى الحياة.	قصيرة دائماً
العامل المسبب (causative agent)	علاج الأعراض ولمدة طويلة symptomatic	علاج العامل المسبب ولمدة محدودة
تطور المرض course	يتطور دائماً usually progressive	محدود self limiting
التغيرات المرضية pathological changes	لا تعود إلى ما كانت عليه	تعود في الغالب إلى ما كانت عليه
هدف الرعاية بالمريض goal of care	التحكم في المرض والتأهيل والمحافظة على الحالة كما هي	الشفاء
مستوى الوقاية level of prevention	الوقاية الثانوية والثالثية	الوقاية الأولية والثانوية والثالثية
حدوث المرض incidence	عالي	عالي
حدوث الوفاة mortality	عالية	أقل نسبياً
فئة العمر age	للبالغين وكبار السن	الأطفال وصغار البالغين

ولأن أمراض القلب والأوعية الدموية وكذلك السرطان من أهم الأمراض المزمنة غير السارية، لذلك سوف نلقي بعض الضوء عليها.

أمراض القلب والأوعية الدموية Cardio-Vascular Diseases

تسبب أمراض القلب والأوعية الدموية وخاصة أمراض الشرايين التاجية coronary heart diseases والسكتة القلبية cardiac arrest ربع نسبة الوفيات على مستوى العالم. وتعد هذه الأمراض أكثر خطورة في الدول النامية مما هي عليه في الدول المتقدمة، إذ تمثل حوالي نصف الوفيات (50%) في الدول المتقدمة وأكثر من ذلك في الدول النامية. وتنقسم أمراض القلب والأوعية الدموية إلى أمراض الشرايين التاجية، وارتفاع ضغط الدم hypertension، وأمراض القلب الخلقية congenital heart diseases، والسكتة القلبية وأمراض القلب الروماتيزمية rheumatic heart diseases.

عوامل الخطورة والأسباب التي تساعد على الإصابة بأمراض القلب

- السن: نجد أن معدل حدوث النوبات القلبية heart attacks يزداد بين سن 35 و55 سنة؛
- النوع: نجد أن الرجال تحت سن 50 سنة يكونون أكثر عرضة للمرض من النساء؛
- الاستعداد الوراثي والعائلي؛
- التدخين: يزيد من احتمال إصابة ووفاة المدخنين بأمراض الشرايين التاجية بنسبة 20% عن غير المدخنين؛
- ارتفاع نسبة الكولستيرول والدهون المنخفضة الكثافة؛
- ارتفاع ضغط الدم؛
- الإفراط في تناول الدهون والسكريات في الطعام وزيادة كمية الطعام عموماً مما يؤدي إلى السمنة؛
- قلة التمرينات الرياضية؛
- التعرض المستمر للضغط العصبي والنفسي؛
- بعض الحالات المرضية مثل الإصابة بمرض السكر أو التهاب الحلق واللوزتين المتكرر مما يؤدي إلى الحمى الروماتزمية.

الوقاية من الإصابة بأمراض القلب

ويكون ذلك عن طريق نشر الوعي الصحي بين أفراد المجتمع بدءاً من الأطفال في المدارس إلى ربات البيوت باستخدام جميع الوسائل التعليمية المتاحة ووسائل الإعلام المختلفة لتعليم وتوجيه الأفراد إلى كيفية المحافظة على صحتهم وتغيير أنماط حياتهم غير الصحية وتغيير عاداتهم وسلوكياتهم السلبية، وكذلك الاستفادة من الخدمات التي توفرها الدولة في هذا المجال. ومن أهم الطرق الوقائية ما يلي:

- استخدام المستشفيات والمراكز الصحية المتاحة للكشف الدوري والاكتشاف المبكر لعوامل الخطر مثل ارتفاع ضغط الدم وارتفاع نسبة الكولستيرول في الدم وأخذ العلاج المناسب؛
- الإقلاع عن التدخين. ويمكن للجهات المسئولة المشاركة في محاربة هذه العادة عن طريق منع التدخين في الأماكن العامة ووسائل المواصلات والمدارس والمراكز الصحية، ومنع الإعلانات التي تشجّع على التدخين ومنع استيراد الدخان ورفع أسعاره. كذلك يجب التحذير من استخدامه وذلك عن طريق البرامج الصحية التثقيفية التي توضح مدى أضرارها بصحة المدخن وصحة الأشخاص الذين حوله؛
- اتباع العادات الغذائية السليمة مثل المحافظة على الوزن وعدم الإفراط في تناول الدهون والسكريات أو الأملاح؛
- تشجيع ممارسة الرياضة بانتظام لما لها من فوائد جسمية ونفسية.

السرطان Cancer

يعتبر السرطان من الأمراض التي تؤدي إلى الوفاة عند البالغين وكبار السن (25 إلى 64 سنة). ويصيب السرطان كل الأجناس والأعمار المختلفة، وخاصة البالغين وكبار السن، وتزداد الإصابة به بزيادة السن. ويلاحظ أن معدل وفيات الذكور من السرطان تفوق معدلات وفيات الإناث.

وهناك أنواع كثيرة ومتعددة للأورام السرطانية ومن أكثرها انتشاراً: سرطان الجلد skin cancer وسرطان الثدي breast cancer وسرطان الرئة lung cancer وسرطان القولون والمستقيم colorectal cancer وسرطان البروستات prostate cancer وسرطان المثانة bladder cancer.

ويعتمد نجاح علاج السرطان على الاكتشاف المبكر للمرض.

علامات المرض

- أي تغيير في عادات التبول أو التبرز، كوجود دم في البول أو البراز أو إسهال أو إمساك مستمر مثلاً.
- وجود قرحة لا تندمل أو تشفى؛
- وجود نزيف بدون سبب واضح أو زيادة الإفرازات؛
- وجود ورم في الثدي أو أي مكان آخر بالجسم؛
- سوء الهضم وصعوبة البلع؛

- التغير الملحوظ في لون أو حجم حسنة أو وحمة بالجسم؛
- السعال المستمر مع حدوث تغيير بالصوت.

عوامل الخطورة التي تعرض للإصابة بالسرطان

1 ـ الاستعداد العائلي وخاصة في حالة سرطان الثدي والمعدة والقولون.

2 ـ التلوث البيئي، التعرض لبعض المخاطر المهنية كالتعرض لمادة الاسبستوس asbestos أو الإشعاع أو الأشعة السينية.

3 ـ التدخين.

طرق العلاج

تعتمد طريقة العلاج على نوع الورم والمرحلة التي اكتشف عندها ولكن كلها تهدف إلى إزالة الخلايا السرطانية إزالة تامة. وكلما اكتشف المرض بشكل مبكر كانت فرص الشفاء أفضل. والطرق المتبعة هي الجراحة والإشعاع أو المعالجة الكيميائية.

طرق الوقاية من السرطان

تكمن الوسيلة الفعالة للوقاية من السرطان في البعد عن عوامل الخطورة قدر المستطاع، مثل:

- اختيار العمل المناسب وعدم التعرض لمسببات السرطان carcinogenic agents؛
- الابتعاد عن التدخين والكحوليات؛
- الاهتمام بالغذاء الصحي الذي يحتوي على الألياف السلولوزية وفيتاميني A و C.
- عدم التعرض للأشعة.
- الاهتمام بالفحص الذاتي للثدي عند السيدات مرة كل شهر للكشف باكراً عن أي ورم.

دور ممرض صحة المجتمع في مكافحة الأمراض غير السارية

التقييم

لكي يستطيع الممرض تقييم موقف الأمراض غير السارية، وخاصة الأمراض المزمنة في المجتمع، لا بد من جمع البيانات الآتية:

1 ـ طبيعة المرض المنتشر ـ أسبابه وأعراضه وعلاماته وطرق تشخيصه وعلاجه؛

2 ـ معدل الإصابة والوفاة من هذه الأمراض؛

3 ـ العوامل التي تؤثر على توزيع المرض بين السكان، مثل السن والنوع والوظيفة واتجاه الأفراد ووعيهم الصحي نحو الأمراض المزمنة؛
4 ـ مدى توفر الخدمات الصحية اللازمة لمكافحة وعلاج الأمراض المزمنة؛
5 ـ تقييم حالة المنزل لتحديد إمكانية تقديم الرعاية للمستفيد في المنزل أم لا؛
6 ـ تقييم مدى كفاءة وقدرة أسرة المريض على تقديم الرعاية المطلوبة.

التخطيط

بناء على المعلومات والبيانات التي جمعها الممرض، فإنه من الممكن:

- تحديد حجم المشكلة أو المشاكل الخاصة بالمستفيدين؛
- تحديد احتياجات المستفيدين والمجتمع ككل وترتيبهم حسب الأهمية؛
- وضع أهداف واقعية يمكن تحقيقها لحل المشكلة وتلبية احتياجات المريض والمجتمع ككل، ويتم تحديد هذه الأهداف بالاشتراك مع المسئولين في نفس المجال؛
- التنسيق بين خطة العناية التمريضية والخدمات الأخرى التي يجب أن تقدم للمستفيد مثل العلاج الطبي أو العلاج الطبيعي والتأهيلي.

التنفيذ

1 ـ يساعد الممرض في الاكتشاف والتشخيص الدقيق للأمراض المزمنة وذلك بالملاحظة والتأكيد على أهمية الكشف الطبي الدوري ورفع الوعي الصحي للمجتمع بأعراض وعلامات الأمراض المزمنة وأهمية الاكتشاف المبكر والعلاج.

2 ـ تحويل المستفيد إلى المراكز الصحية المختصة لتشخيص حالته وتقرير العلاج المناسب له.

3 ـ تقديم العناية التمريضية والتثقيف الصحي للمستفيد وأسرته في العيادات والمراكز الصحية والتأهيلية المختصة.

4 ـ تقديم العناية التمريضية المنزلية وتشمل:

- زيارة المستفيد بانتظام والتأكد من أنه وأسرته قادرون على تنفيذ ما نصح به الطبيب أو الممرض، ومن أن المريض يتناول الدواء الموصوف له بانتظام.
- تعليم أفراد أسرة المستفيد كيفية العناية به وأهمية اتباع القواعد الصحية، وأهمية الراحة والترفيه، وكيفية توفير بيئة صحية بالمنزل، وعدم مخالطته لمرضى بأمراض معدية، والمعاملة الحسنة وتوفير الهدوء النفسي... الخ.
- تشجيع المستفيد وحثه على الاستقلالية والاعتماد على النفس في القيام بالأنشطة اليومية مثل الأكل والنظافة والحركة، وذلك في حدود إمكاناته، كذلك المشاركة في حياة الأسرة العادية والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية.
- تعليم أسرة المستفيد كيفية ملاحظته والتبليغ إذا طرأ أي تغيير على حالته، وتقديم

المساندة والدعم المعنوي للأسرة والمستفيد لحمايتهم عاطفياً ونفسياً من التفكير في المرض ونتائجه ومساعدتهم على التكيف تبعاً للمرض وأن يحيوا حياة مثمرة.

- يجب على الممرض حث المريض على أهمية الكشف الدوري للوقوف على تقدم حالته الصحية.

5 ـ على الممرض متابعة الحالات للوقوف على درجة تكيّف المرضى وحالاتهم المرضية. وأن يكون على معرفة بالإمكانات المتاحة بالمجتمع لتأهيل المعوقين ليستطيع أن يحولهم إليها.

التقييم

تهدف عملية التقييم إلى العناية التمريضية المقدمة للمريض وذلك بقياس النجاح الذي حققته الخدمات التمريضية في تلبية احتياجات المريض وتقدم حالته الصحية والنفسية وبذلك يكون الممرض قد أنجز الأهداف المرجوة.

أسئلة ونشاطات

1 ـ اذكر الفرق بين الأمراض السارية وغير السارية.

2 ـ ما هو تأثير الأمراض المزمنة على الفرد والأسرة والمجتمع؟

3 ـ ما هي الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالأمراض غير السارية؟

4 ـ كيف يمكن الوقاية من أمراض القلب؟

5 ـ ناقش الدور الذي يلعبه ممرض صحة المجتمع في الوقاية من الأمراض المزمنة ومكافحتها.

6 ـ اذكر خطوات التخطيط للبرامج الصحية في المجتمع.

مراجع للاستزادة

(1) Green L.W., and Ottoson J.M., Community Health 7th ed., USA: Mosby - year book, Inc., 179-201. (1994).

(2) Byrne M. and Bennett F. J., Community Nursing In Developing Countries, A Manual For The Community Nurse, 2nd Ed., New York, Nairobi: Oxford University Press, 208-24. (1987).

(3) Eastern Mediterranean Series No, 22. Prevention Control Of CardioVascular Diseases. Alexandria, Egypt: WHO. (1995).

(4) Khalil J.F., Community medicine, Egypt: EL-Faress, 1-53. (1992).

(5) Last J.M. and Wallace R.B., Public Health Preventive Medicine, 13th ed, USA: Prentice-Hall International Inc. 805-85. (1992).

(6) Stanhope M., and Lancaster J., Community Health Nursing: Process Practice For Promoting Health, 2nd ed., USA: The C.V. Mosby company, 486-505. (1988).

(7) Cassens B.J., Preventive Medicine Public Health. 2nd ed. Baltimore, Hong Kong, London, Sydney: Herwal publishing company, 135-50- (1992).

(8) Hinchlieff S.M. et al., Nursing Practice Health Care., 2nd ed., London Milbourne, Auckland: Edward Arnold, 769-52. (1993).

(9) Hamann, B.P., Disease Identification, Prevention & Control. USA: Mosby-yearbook Inc., 284-312. (1994).

(10) Kaplan R. M., et al., Health Human Behavior, USA: McGraw-Hill, Inc., 183-210. (1993).

الفصل الثالث

الأمراض المتوطّنة
Endemic Diseases

يهتم ممرض صحة المجتمع في المقام الأول بصحة الأفراد والجماعات والعمل على الوقاية من الأمراض وبخاصة الأمراض المتوطنة لما لها من تأثير ضار على الصحة، بالإضافة لما تسببه من زيادة في أعداد الوفيات وارتفاع نسبة الإصابة، كما أنها تؤثر على المجتمع ككل لما ينتج عنها من قلة في الإنتاج نتيجة عدم قدرة المصابين على الأداء الجيد، وهي تشكل عبئاً اقتصادياً واجتماعياً وصحياً على كل من الأفراد والأسر والمجتمعات.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سوف يكون القارىء قادراً على أن:

1 ـ يعرّف ما هي الأمراض المتوطنة؛
2 ـ يذكر بعض الأمثلة عن الأمراض المتوطنة؛
3 ـ يشرح طرق العدوى المختلفة وكيفية الوقاية منها؛
4 ـ يكتشف الحالات المرضية ويوجهها إلى أماكن العلاج المتخصصة ويتابعها؛
5 ـ يطبق طرق الوقاية والمكافحة من الأمراض المعدية في الريف؛
6 ـ يقوم بدور ممرض صحة المجتمع في الوقاية والمكافحة.

تعريف الأمراض المتوطنة

هي مجموعة من الأمراض التي تنتشر في مجتمع ما وتتركز في منطقة جغرافية محدودة وتوجد بشكل مألوف ودائم. وفي الدول النامية تعتبر هذه الأمراض من المشاكل الصحية الهامة والأساسية حيث تنتشر بصفة خاصة في المناطق الريفية والمناطق العشوائية بالمدن. ومن هذه الأمراض:

أولاً- أمراض الإسهال Diarrheal Diseases

تعتبر أمراض الإسهال واحدة من أهم المشاكل الصحية التي تصيب جميع الأعمار وتكون شديدة الخطورة بالنسبة للأطفال الرضع والأطفال حتى سن خمس سنوات حيث تؤدي إلى أمراض سوء التغذية.

انتشار أمراض الإسهال

بالرغم من أن أمراض الإسهال تنتشر في جميع الأعمار.. إلا أنها أكثر شيوعاً بين الأطفال تحت سن الخمس سنوات. وهي تحدث بين الأطفال الذين يرضعون رضاعة صناعية أكثر من الذين يرضعون رضاعة طبيعية. كما تنتشر أيضاً في الأوساط التي تقل بها درجة النظافة الشخصية والبيئية. ويكون الأطفال المصابون بأمراض سوء التغذية وغيرها من الأمراض أكثر عرضة للإصابة من غيرهم من الأطفال الأصحاء.

الأعراض

الإسهال عَرَض يصاحب الكثير من الأمراض ويعتبر الفرد مصاباً بالإسهال إذا كان هناك زيادة في ليونة البراز، وقد يصاحبه ارتفاع طفيف في درجة الحرارة مع وجود رائحة كريهة للبراز. ومسببات الإسهال فيروسية أو بكتيرية أو طفيلية.

دور ممرض صحة المجتمع في الوقاية من أمراض الإسهال

1ـ التغذية السليمة

- التركيز على أهمية الرضاعة الطبيعية للطفل منذ ولادته؛
- تعليم الأمهات أساسيات تحضير طعام الطفل؛
- غسل الأيدي جيداً قبل تحضير طعام الطفل وقبل البدء في إطعامه؛
- تحضير طعام الطفل في مكان نظيف مرتفع عن الأرض بعيداً عن الحشرات؛
- غسل الخضروات جيداً قبل طهيها؛
- غسل أواني الطفل جيداً والأواني التي يحضّر فيها طعامه؛
- يراعى أن يحضر طعام الطفل طازجاً دائماً؛
- مراعاة قواعد الفطام المعروفة قبل البدء في إعطاء الطفل أي أطعمة خارجية.

2 ـ النظافة المنزلية والشخصية

- المحافظة على نظافة المنزل وخلوه من الحشرات مع التأكيد على أهمية التهوية الجيدة؛

- مراعاة وجود مصدر مائي نظيف صالح للاستهلاك الآدمي؛
- التخلص الصحي من الفضلات والقمامة مع نظافة دورات المياه؛
- المحافظة على النظافة الشخصية للأم والطفل، حيث يجب على الأم المرضعة أخذ حمام يومي مع غسل الثديين قبل كل رضاعة بالماء. كما يجب الاهتمام بنظافة الطفل وملابسه وقص أظافره باستمرار ومراعاة غسل اليدين قبل التعامل مع الطفل.

3 ـ تثقيف صحي للأم عن الإسهال

يجب على ممرض صحة المجتمع تعليم الأم كيفية ملاحظة براز الطفل باستمرار، والتوجه إلى أقرب مركز صحي أو طبيب عند ملاحظة بدء الإسهال مع إعطاء الطفل جرعات أكثر من السوائل والاستمرار في الرضاعة الطبيعية. كما يجب عليه تعريف الأم بخطورة الإسهال وعدم الإهمال في علاجه مهما كان سببه.

ثانياً ـ أمراض الجهاز التنفسي Respiratory Diseases

وهي مجموعة كبيرة من الامراض التي تصيب الجهاز التنفسي، ولكن أكثرها انتشاراً الإنفلونزا ونزلات البرد العادية، وأخطرها الالتهاب الرئوي.

1ـ الإنفلونزا Influenza

يسببها فيروس الإنفلونزا، وأهم مصادر العدوى الإنسان المريض، ويكون معدياً لعدة أيام (غالباً ثلاثة أيام). وينتقل المرض من الشخص المريض إلى السليم عن طريق الرذاذ المتطاير من أنف وفم المريض أو استعمال أدوات المريض. وتتراوح فترة الحضانة من يوم إلى ثلاثة أيام.

أعراض المرض: ارتفاع في درجة الحرارة يصاحبه رعشة وصداع مع احتمال وجود آلام في الظهر والمفاصل، ورشح من الأنف، واحتقان في الحلق، مع وجود سعال يتفاوت في شدته باختلاف درجة الإصابة. تشفى الحالات العادية التي لا يعقبها مضاعفات خلال 2-7 أيام. وتعتبر الالتهابات الرئوية من المضاعفات الشائعة للإنفلونزا.

2 ـ نزلات البرد

يسببها الفيروس الأنفي rhinovirus، ويعتبر الإنسان المريض مصدر العدوى حيث تنتقل العدوى عن طريق الرذاذ المتطاير من الشخص المريض إلى الشخص السليم، أو باستعمال أدوات المريض الملوثة. وتتراوح فترة الحضانة من يوم إلى ثلاثة أيام.

أعراض المرض: رشح من الأنف وعطاس مع ارتفاع طفيف في درجة الحرارة وإحساس بالإجهاد عند أقل مجهود. ويشفى المريض غالباً بدون مضاعفات خلال (2-7

أيام). ومن المضاعفات النادرة الحدوث، التهاب في الجيوب الأنفية والتهاب بالأذن الوسطى والتهاب شعبي أو رئوي.

3 ـ الالتهاب الرئوي Pneumonia

التهابات بالرئة تسبِّبها بكتيريا المكوّرة الرئوية Pneumococcus وهي متعددة الأنواع. ومن مصادر العدوى الرئيسية حاملو المرض الأصحاء Healthy carriers، وتكمن خطورتهم في تواجدهم الطبيعي في المجتمع دون ملاحظة ظهور أي أعراض عليهم في حين أنهم ينشرون العدوى ببساطة دون أي مقاومة. أما المرضى فدورهم محدود في انتشار المرض حيث يمكن الحد من خطورتهم بعزلهم وتقديم الرعاية الصحية اللازمة لهم ومنع المعرضين للإصابة من مخالطتهم. وينقل المرض عن طريق الرذاذ المتطاير من المريض أو باستعمال الأدوات الملوثة برذاذ المريض، حيث تظهر الأعراض بعد فترة حضانة قصيرة تمتد من 1-3 أيام.

دور ممرض صحة المجتمع في الوقاية من امراض الجهاز التنفسي

1 ـ الاهتمام بالتهوية الجيدة في المنازل وأماكن التجمعات السكانية مثل وسائل المواصلات العامة ودور السينما والمسارح مع تجنب الأماكن المغلقة وغير المهوّاة جيداً.

2 ـ مراعاة عدم الانتقال من الأماكن الدافئة، مثل المنازل في الشتاء، إلى الخارج مباشرة.

دور ممرض صحة المجتمع في مكافحة أمراض الجهاز التنفسي

1 ـ الاكتشاف المبكر للحالات مع الاهتمام بإعطاء العلاج المناسب، ومتابعة الحالة؛
2 ـ وقاية المخالطين من العدوى حتى لا تنتقل إلى باقي أفراد الأسرة؛
3 ـ الاهتمام بالتهوية الجيدة داخل المنزل؛
4 ـ التثقيف الصحي المناسب لمنع حدوث مضاعفات للمرض؛
5 ـ البحث عن مصادر العدوى وعزلهم وعلاجهم ومتابعتهم حتى الشفاء التام.

4 ـ الدرن (السّل) Tuberclulosis

مرض معدٍ مزمن قد يصيب أي جزء من أجزاء جسم الإنسان ولكنه يصيب الرئتين أكثر ويسمى السل الرئوي. تسببه بكتيريا تعرف باسم المتفطِّرة السلّية Mycobacterium tuberculosis ولها عدة أنواع أهمها النوع البشري Human Type، وهي المسئولة عن العدوى عند الإنسان وخاصة الرئوية. ومصادر العدوى الرئيسية هي الإنسان المريض حيث ينتشر المرض عن طريق الرذاذ المتطاير من أنفه وفمه إلى الشخص السليم، أو عن طريق استخدام أدواته الملوثة أو استنشاق الهواء المحمَّل بالتراب الملوث بالبكتيريا المسببة

للمرض، أو الماشية حيث يمكن أن تصاب بالسل الرئوي ويخرج عن طريق إفرازات الجهاز التنفسي للماشية. ويتم التشخيص عن طريق:

1 ـ تصوير الصدر بالأشعة السينية؛

2 ـ فحص اللعاب واكتشاف وجود الحويصلات الدرنية به؛

ومن وجهة نظر الصحة العامة يجب على الممرض أن يدرك أن هذا المرض هو من الأمراض الاجتماعية حيث توجد عوامل تزيد من قابلية حدوثه عند بعض الأشخاص دون غيرهم. ومن هذه العوامل:

أ ـ العوامل الاقتصادية والاجتماعية

- زيادة عدد أفراد الأسرة الواحدة مع قلة الدخل مما يؤدي إلى ضعف التغذية، وبالتالي ضعف المناعة العامة.
- انخفاض مستوى التعليم في الأسرة.
- عدم الاهتمام بصحة البيئة ومنها المسكن الصحي والتهوية اللازمة.
- نوع العمل وخاصة في الفريق الطبي.
- العادات الصحية غير السليمة (مثل البصق على الأرض، واستعمال أدوات مشتركة للأسرة كلها...إلخ).
- يحتاج العلاج إلى فترة طويلة مع راحة وتغذية جيدة.

ب ـ العوامل الشخصية

- **السن:** حيث يزيد انتشار السل الرئوي عند الأطفال تحت سن 5 سنوات وعند المراهقين وكبار السن.
- **النوع:** تكون الإصابة متساوية في الجنسين تحت سن 15 سنة وتزيد في الذكور بعد هذا السن نظراً لنشاطهم الزائد.

ج ـ العوامل الصحية

- نقص التغذية الجيدة.
- القلق والتعب الزائد والضغوط النفسية.
- نقص المناعة بسبب العلاج بالكورتيزون لفترات طويلة.
- بعض الأعمال كالعاملين في المجال الطبي والفلاحين الذين يتعاملون مع السليكا.

دور ممرض صحة المجتمع في الوقاية من الدرن

يمكن لممرض صحة المجتمع منع حدوث هذا المرض عن طريق:

1 ـ تنمية وتطوير الحالة الاجتماعية والاقتصادية للعامة وذلك عن طريق زيادة دخل الأسرة ورفع المستوى التعليمي لأفرادها؛

2 ـ توفير بيئة صحية والاهتمام بالتهوية الجيدة والتغذية السليمة وحث الأفراد على ممارسة العادات الصحية الجيدة؛

3 ـ الكشف الدوري على من يكون عرضة للإصابة بالدرن حتى يمكن اكتشاف الحالات في مراحلها المبكرة وتقديم الرعاية الصحية المناسبة لها؛

4 ـ التطعيم بلقاح السلّ (B.C.G) وهو يعطي للأطفال دون الشهر الثالث وعند دخول المدارس وأيضاً للمجموعات المعرضة للإصابة بهذا المرض. وهذا التطعيم يعطي مناعة في خلال 3 شهور وتستمر لمدة طويلة تصل إلى 5 سنوات؛

5 ـ الوقاية الكيميائية chemoprophylaxis ويستعمل مركب INH في جرعات كافية ولمدة طويلة تصل إلى 12 شهراً، ويعطى للأفراد الذين تعاملوا مع مرضى بالدرن open cases والمخالطين، وللأفراد في المجتمعات الموبوءة؛

6 ـ التثقيف الصحي المناسب للأفراد والمجموعات.

دور ممرض صحة المجتمع في مكافحة حالات الدرن

1 ـ إجراء مسح طبي شامل لجميع الفئات المعرضة للإصابة بالدرن حتى يمكن فحص الحالات وعلاجها؛

2 ـ الكشف المبكر للحالات، ومتابعة العلاج الذي قد يصل إلى 12 شهراً؛

3 ـ التبليغ عن الحالات المصابة إلى المراكز الصحية؛

4 ـ عزل الحالات وعلاجها أما بالمستشفى أو المنزل (حسب درجة استعداد المنزل للعلاج).

5 ـ الاهتمام بالتغذية السليمة للأصحاء والمرضى؛

6 ـ التأهيل المهني والاجتماعي للحالات المصابة.

بالنسبة للمخالطين

1 ـ فحص دوري وتحليل للبصاق وأشعة صورة شعاعية للصدر للمخالطين على فترات محددة حتى يمكن اكتشاف الحالات فور حدوثها؛

2 ـ التطعيم اللازم للوقاية (B.C.G. vaccine)؛

3 ـ الوقاية الكيميائية للحالات؛

4 - إعطاء تثقيف صحي للمرضى والمخالطين لأساليب الوقاية والعلاج واتباع العادات الصحية السليمة لمنع انتشار المرض.

ثالثاً - الملاريا Malaria

مرض من الأمراض الهامة، يسببه حيوان أولي دقيق هو البلازموديوم *Plasmodium* وتعرف منه أربعة أنواع تسبب مرض الملاريا للإنسان:

1 - المتصوّرة النشيطة *Plasmodium Vivax*؛
2 - المتصوّرة المنجلية *Plasmodium Falciparum*؛
3 - المتصوّرة الوبالية *Plasmodium Malariae*؛
4 - المتصوّرة البيضوية *Plasmodium Ovale*؛

ويعتبر النوعان الأول والثاني مسئولين عن 9% من حالات الملاريا المعروفة في العالم، غير أن أشد الأنواع خطورة هو المتصورة المنجلية، ولذا تعرف هذه الملاريا بالملاريا الخبيثة. ويقضي حيوان المتصوّرة جزءاً من حياته داخل جسم الإنسان والجزء الآخر داخل جسم البعوضة (أنثى الأنفيلة female Anopheles). وتعيش المتصوّرة في تطفلها على الإنسان في خلايا الكبد وداخل كرات الدم الحمراء، بينما تعيش في جدار القناة الهضمية للبعوض وفي أنسجة جسمها المختلفة مسبّبة تمزيق أنسجة أمعائها مما يؤدي أحياناً إلى موتها.

طريقة العدوى

تحدث العدوى للإنسان عندما تلدغه بعوضة أنثى الأنفيلة التي بها الطور المعدي (الحيوان البوغي). ولما كان من عادة البعوضة أن تفرز لعابها على جلد الإنسان قبل تغذيتها وذلك لتحدث احتقاناً يسبب توارد الدم إلى هذا الموضع، فإنها تفرز على الجلد مع هذا اللعاب مئات من الحيوانات البوغية التي تجد طريقها إلى الدم مسبّبة العدوى.

أعراض مرض الملاريا

1 - يجب أن تتخذ الاحتياطات اللازمة لمنع البعوض من أن يتغذى من مريض الملاريا وذلك باتباع وسائل العزل المناسبة للمريض.

2 - بذل كل الجهود الممكنة للقضاء على البعوض ويرقاته عن طريق:

- القضاء على اليرقات: وذلك بردم البرك والمستنقعات المائية وإزالة الأعشاب من الترع والقنوات والإكثار من سمك الجامبوزيا الذي يتغذى على يرقات البعوض بشراهة ويتوالد بكثرة، ورش سطوح المياه بزيوت معدنية تنتشر بسهولة ومذاب بها مبيد فعال.
- مقاومة الحشرة الكاملة: طرق وقائية باستعمال الشبك والناموسيات، ودهان الحوائط

بمحلول مبيد فعال في الأماكن التي ينتشر بها الناموس، واستعمال أحد الإيروسولات للقضاء على الناموس، وارتداء الملابس الواقية من الناموس.

دور ممرض صحة المجتمع في علاج مرض الملاريا

1 ـ الاكتشاف المبكر للحالات وتحويلها لتلقي العلاج المناسب ومتابعة نتائج العلاج وتقدمه (وذلك للقضاء على مصادر العدوى).

2 ـ مراعاة استعمال المبيدات الحشرية للقضاء التام على الناموس خاصة في منازل المرضى حتى يمنع انتشار المرض.

3 ـ التثقيف الصحي الخاص بالمرض وأسرهم للاكتشاف المبكر للحالات، مراعاة النظافة ومنع الناموس.

رابعاً ـ البلهارسيا Bilharziosis

تعتبر البلهارسيا من الأمراض القديمة والمتوطنة حيث تنتشر الإصابة بديدان البلهارسيا في كثير من بلاد العالم، ويقدر عدد المصابين بها حوالي 150 مليون نسمة، ولكنها تكثر بصفة خاصة في أفريقيا وبلاد الشرق الأقصى، ويصاب الإنسان بثلاثة أنواع من ديدان البلهارسيا هي:

1 ـ المنشقة الدموية Schistosoma haematobium؛

2 ـ المنشقة المنسونية Schistosoma mansoni؛

3 ـ المنشقة اليابانية Schistosoma japonicum.

تطفل ديدان البلهارسيا ودورة حياتها

تتطفل هذه الديدان عادة داخل الأوعية الدموية وخاصة في الوريد البابي وفروعه، وهي تتغذى على الدم فتنمو وتتزاوج ثم تضع البيض الذي يترك جسم العائل مع البول أو البراز. يتميز هذا البيض بوجود شوكة طرفية في حالة بلهارسيا المجاري البولية، وشوكة جانبية في حالة بلهارسيا المستقيم. ويحتوي البيض على يرقات كاملة التكوين تسمى (الميراسيديوم) فإذا ما وصل هذا البيض إلى مجرى ماء عذب خرجت اليرقات باحثة عن العائل الوسيط، وهو أحد القواقع، حيث تواصل تطورها حتى تتكون السركاريا ويخرج من القوقعة الواحدة آلاف من السركاريا (وهي الطور المعدي).

طريقة العدوى: تخترق السركاريا جلد الإنسان وذلك عند تعرّض أي جزء من الجسم لمياه ملوثة بالسركاريا، وتمر السركاريا في الجلد حتى تدخل في تيار الدم وتصل القلب ومنه إلى الرئتين وتعود إلى القلب الذي يدفعها في الدورة الدموية العامة إلى أعضاء الجسم وتكون قد تحولت إلى ديدان صغيرة لا يعيش منها إلا ما يصل إلى الكبد حيث تنمو بسرعة وتتميز إلى ذكور وإناث. بعد ذلك تترك الكبد متجهة عكس تيار الدم في الوريد البابي وفروعه

حيث تستقر وتتزاوج وتبدأ في وضع البيض بعد حوالي شهرين من حدوث العدوى وتعيد دورة الحياة.

الأعراض والمضاعفات: يندر أن ينتبه الإنسان لحدوث العدوى حيث يُحدث اختراق السركاريا للجلد بعض التهيجات البسيطة تزول بعد قليل، وقد يصاحب دخول السركاريا إلى الرئتين أو الكبد ارتفاع طفيف في درجة الحرارة مع بعض السعال وآلام عامة في الجسم يصاحبها تضخم في الكبد أو الطحال. على أن الأعراض المميزة للإصابة بالبلهارسيا لا تظهر إلا عندما تبدأ الأنثى في وضع البيض واختراق دار المثانة أو المستقيم (حسب نوع الديدان المسببة للإصابة) مما يترتب عليه تمزق بعض الشعيرات الدموية ونزول البول أو البراز مختلطاً بالم. وبتقدم المرض يصاب المريض بفقر دم شديد وهزال وضعف ملحوظ في القوى البدنية ويتأخر النمو البدني والعقلي عند الأطفال تأخراً واضحاً. أما أكثر المضاعفات المألوفة فهي التهاب المثانة أو المستقيم وتليف الكبد، وتضخم الطحال والاستسقاء وتكوين الحصوات المثانية والكلوية وأخيراً أورام سرطانية تؤدي إلى الوفاة.

دور ممرض صحة المجتمع في الوقاية من مرض البلهارسيا

أ ـ بالنسبة للإنسان

1 ـ يجب الامتناع التام عن الاغتسال أو الاستحمام في مياه الترع وكذلك اللعب في هذه المياه بالنسبة للأطفال.

2 ـ يجب أن تسخَّن مياه الاستحمام إلى أكثر من 50 درجة مئوية أو تطهر.

3 ـ يجب أن تغلى مياه الشرب حتى ولو كانت مرشحة.

4 ـ الملاحظة الدائمة لأي من أعراض مرض البلهارسيا للكشف المبكر وتحويل من تظهر عليه أي أعراض.

ب ـ بالنسبة للعائل الوسيط

1 ـ تجفيف المياه التي تعيش فيها القواقع.

2 ـ إبادة القواقع التي تكمل دور الحياة لدودة البلهارسيا باستخدام كبريتات النحاس، أو تطهير المياه باستعمال الأسمدة الغنية بسلفات النشادر.

3 ـ نشر الأعداء الطبيعيين لهذه القواقع كالبط الذي يتغذى بها وذلك لتقليل أعدادها.

دور ممرض صحة المجتمع في مكافحة مرض البلهارسيا

1 ـ يجب الاكتشاف المبكر للمرض حتى يتسنى علاج المرض علاجاً جيداً لمنع المضاعفات.

2 ـ متابعة تلقي المرضى للعلاج ومتابعة حالتهم، وخاصة التحاليل اللازمة للتأكد من شفائهم التام.

3 ـ التثقيف الصحي اللازم للمريض حتى لا يتبول أو يتبرز في مياه الترع والمصارف.

خامساً ـ دودة الاسكارس (داء الصفر Ascariasis)

من أكثر أمراض الديدان الأسطوانية المعوية التي تصيب الإنسان وتنتشر في كثير من بلاد العالم، وتسبب هذا المرض دودة طفيلية تعيش عادة في الأمعاء الدقيقة للإنسان وتعرف بثعبان البطن أو الصَّفَر الخراطيني Ascaris lumbricoides.

أسباب حدوث المرض وكيفية انتقال العدوى

تحدث العدوى بواسطة البيض مباشرة، فليس للإسكارس عائل متوسط بل لا بد للبيضة أن تنضج أولاً حتى تصبح معدية. ويتم ذلك في حوالي ستة أسابيع في الظروف العادية وقد تطول هذه المدة إلى شهور طويلة في الظروف غير الملائمة، وأحسن مكان صالح لنضجها هو الطبقة العليا للأرض الزراعية الرطبة. والبيضة الناضجة يمكنها أن تعيش عدة سنين محتفظة بمقدرتها على إصابة الإنسان إذا ما تناول طعاماً أو ماء به هذه البويضات. وتفقس هذه البويضات عند وصولها إلى الأمعاء حيث تخرج من كل منها يرقة، وهذه اليرقات لا تبدأ حياتها في الأمعاء بل تخترق جدار الأمعاء وتسير مع تيار الدم إلى الكبد ومنه إلى القلب ثم إلى الرئتين حيث تسبب احتقاناً ونزيفاً بسيطاً في الرئة وذلك لأن اليرقات تخرج من الشعيرات الدموية إلى الحويصلات الرئوية ومنها إلى الشعب الهوائية فالبلعوم ومنه إلى المريء فالمعدة فالأمعاء. وتبدأ حياتها عند ذلك في الأمعاء وتنمو حتى تصل إلى دودة كاملة.

ونلخص طرق العدوى بالإسكارس فيما يلي:

1 ـ ابتلاع الإنسان للطور المعدي (البيضة الناضجة) مع الطعام أو الشراب.
2 ـ انتقال الطور المعدي إلى الفم عن طريق يد الطفل الملوثة.

خطورة الإصابة بالإسكارس واعراضه:

1 ـ اضطرابات في الهضم، وآلام في البطن مع نوبات إسهال.
2 ـ اضطرابات عصبية تحدث نتيجة إفرازات الديدان.
3 ـ الإصابة بمرض الصفراء أو اليرقان نتيجة انسداد القناة المرارية بواسطة الديدان.
4 ـ التهاب الزائدة الدودية.
5 ـ احتقان الرئتين والتهابهما أثناء رحلة اليرقات.

وفيما يلي توضيح لخطورة هذه الأعراض:

تسلب ديدان الإسكارس و الصَفَر الإنسان غذاءه ويتوقف مدى ضررها على عدد الديدان التي في الأمعاء. فإن كان عددها قليلاً كان تأثيرها لا يذكر، وإن كان كثيراً سبب ذلك ضعفاً

وفقر دم والتهاباً في الأمعاء يصحبه إسهال. ويرجع ذلك إلى أن الدودة تفرز أنزيماً يعطل عمليات الهضم، كما تفرز أيضاً مواد سامة تسبب اضطرابات عصبية. ومكمن الخطر في هذه الديدان أنها لا تبقى عادة في الأمعاء كباقي الديدان التي تعيش في الأمعاء، بل تهاجر منها وتضل طريقها في جسم الإنسان. فأحياناً تسير من الأمعاء إلى القناة المرارية إلى الكبد وقد تسد القناة المرارية أو تسبب انفجارها أو تسبب التهاباً في البنكرياس، أو ربما تسير إلى المعدة وتسبب قيئاً فتخرج الديدان مع القيء إلى البلعوم وتتسرَّب منه إلى القصبة الهوائية وتسبب في هذه الحالة الوفاة. وإذا زاد عددها في الأمعاء كثيراً فربما تسد الأمعاء. وقد تمرّ اليرقة عند اختراقها جدار الأمعاء أو جدار الحويصلات الرئوية إلى الدورة الدموية العامة وتسير إلى أجزاء الجسم المختلفة حيث تسبب التهاباً وخاصة في المخ أو النخاع الشوكي أو الكلية.

طرق الوقاية من هذا المرض ومكافحته

1 ـ تجنب الأطعمة والخضروات والمياه غير النظيفة التي قد تكون ملوثة بالبويضات الناضجة؛

2 ـ تجنب تبرّز المرضى في أماكن صالحة لنضج البيض حتى لا تتحوّل هذه الأمكنة إلى مصدر للعدوى، بل يجب التبرز في مراحيض صحية أو أماكن جافة مع مواراة البراز بالتراب؛

3 ـ معالجة المرضى للتقليل من مصادر العدوى؛

4 ـ عدم استعمال الفضلات البرازية كسماد إلا بعد تجفيفها لفترة؛

5 ـ عدم استعمال مياه المجاري في مزارع الخضر؛

6 ـ حفظ الطعام بعيداً عن الذباب؛

7 ـ عدم لعب الأطفال في الأماكن الملوثة؛

8 ـ الاهتمام بالنظافة الشخصية.

سابعاً ـ دودة الانكلستوما Ankylostoma أو (الدودة الخطافية) Hook Worm

تتطفل على الإنسان وهي أكثر خطورة من الإسكارس وتعيش أطوارها اليانعة بأعداد كبيرة في الأمعاء الدقيقة للإنسان (وخاصة في الصائم والإثناعشري).

أسباب حدوث المرض وكيفية انتقال العدوى

الطور المعدي لهذا المرض هو اليرقة الثانية فيلاريفورم Filariform، وهذه اليرقة يمكنها البقاء في التربة حية ومعدية لمدة 15 أسبوعاً في الظروف الملائمة. ولكنها قد تموت في بضع ساعات إذا تعرضت لظروف سيئة مثل نقص كمية الغذاء في داخل جسمها والحرارة المحيطة بها، فكلما ارتفعت درجة الحرارة زادت حركتها وزاد ما تبذله من مجهود وقصرت

مدة حياتها. ومن العادات السيئة التي تساعد على انتشار الإصابة عادة التبرز حول المنازل وفي الحقول والسير دون حذاء أثناء فلاحة الأرض.

تحدث العدوى عن طريق:

- الجلد، فعندما تصادف اليرقة جسم الإنسان تخترق جلده وتسير في الأوردة الصغيرة أو الأوعية الكبيرة الليفية ومنها إلى الأذين الأيمن فالبطين الأيمن ثم الشريان الرئوي ومنه إلى الرئة. وهنا تمزق الشعيرات الدموية وتخرج منها إلى الحويصلات الرئوية فالشعب الهوائية ثم إلى القصبة الهوائية فالبلعوم ومنه إلى المريء فالمعدة فالأمعاء حيث تبدأ حياتها. وتصل الديدان إلى الأمعاء بعد مرور 17 يوماً من وقت اختراقها الجلد كما أنها تحتاج بعد ذلك لنحو أسبوعين إلى 4 أسابيع لتصبح دودة كاملة النمو.
- ابتلاع اليرقات، وهنا تحدث العدوى من خلال تناول الغذاء أو شرب الماء المحتوي على اليرقات، وفي هذه الحالة تنمو اليرقة مباشرة في الأمعاء بدون القيام برحلتها في الجسم.

خطورة مرض الأنكلستوما وأعراضه

عندما تخترق اليرقات الجلد فإنها تسبب التهاباً، وتلتصق الديدان اليانعة بجدار الأمعاء وتمتص دم الإنسان. تقوم اليرقة بتمزيق أغشية الأمعاء للحصول على الدم. وقد قدّر أن الدودة الواحدة تمتص حوالي (0.4-0.8) سنتيمتر مكعب من الدم يومياً. وإذا علمنا أن هذه الديدان تعيش أحياناً بالآلاف في أمعاء الإنسان لأمكننا أن نتصور ما يفقده الجسم من الدم وما يحدثه من آلام في الأمعاء واضطرابات في الهضم. ومن أهم ما يترتب على هذا المرض، أن المصابين به يعانون من فقر دم شديد كما أن الدودة تفرز على الجرح الذي تحدثه في جدار الأمعاء مادة تمنع تجلط الدم. ومن الأعراض التي تسببّها الأنكلستوما الضعف الشديد في جسم المريض وظهور التعب بعد أقل مجهود مع سرعة في التنفس وزيادة في ضربات القلب. وتنتج أيضاً اضطرابات عصبية نتيجة للسموم التي تفرزها.

طرق الوقاية من هذا المرض ومكافحته

1 ـ الاهتمام بعلاج المرضى وبذلك تقل مصادر العدوى.

2 ـ تجنب الخوض في الحقول حفاة الأقدام.

3 ـ غسل الخضروات جيداً بمحلول مطهر خفيف لقتل اليرقات التي قد تكون عالقة بها.

4 ـ إرشاد الناس إلى خطورة هذا المرض والعمل على استئصاله.

5 ـ تجنب تبرّز المرضى في الأراضي المكشوفة الرطبة أو على ضفاف الترع حيث

تكون الفرصة سانحة لنمو البيض وتكوين اليرقات المعدية، لذلك يجب توفير المراحيض الصحية.

6 ـ تجنب استعمال الفضلات البرازية في التسميد قبل جفافها.

العناصر الأساسية لتخطيط برامج وقاية ومكافحة الأمراض المتوطنة في البلاد العربية

يعتمد التخطيط لهذه البرامج على عاملين أساسيين:

العامل الأول: يهدف إلى بحث تاريخ المرض وأسباب انتشاره بين أفراد المجتمع عامة بهدف منع المرض والوقاية منه مع تحسين صحة الأفراد.

العامل الثاني: يهدف إلى تحديد الاحتياجات الصحية الفعلية في المجتمع مع تقييم الخدمات الصحية المقدمة للأفراد بهدف تحسين الخدمات الصحية كماً ونوعاً لتصبح أكثر فاعلية وانتشاراً وكفاءة لجميع أفراد المجتمع.

ولتحقيق هذه الأهداف يجب أن تشمل البرامج الخطوات التالية:

1 ـ مكافحة مصادر العدوى والقضاء عليها؛

2 ـ عمليات وقائية تستهدف المعرضين للإصابة والمخالطين للمرضى؛

3 ـ عمليات وقائية خاصة بالبيئة؛

4 ـ عمليات وقائية خاصة بالمجتمع.

ويمكن توضيح هذه النقاط كما يلي:

أولاً ـ مكافحة مصادر العدوى والقضاء عليها

يمكن حصر مصادر العدوى في ثلاثة مصادر هي:

أ ـ الحيوانات Animals

عندما تكون الحيوانات هي أحد مصادر العدوى بالأمراض، فيمكن القضاء على هذا المصدر باتباع ما يلي:

1 ـ إذا لم يكن للحيوانات أهمية اقتصادية أو كانت حيوانات ضارة مثل الفئران والكلاب الضالة فهنا يجب القضاء عليها نهائياً كلما أمكن ذلك.

2 ـ حيوانات لها أهمية اقتصادية مثل البقر ـ الماعز، هنا يجب الاهتمام بتربية هذه الحيوانات تربية صحيحة سليمة، أما الحيوانات المريضة فيجب أن تعالج علاجاً بيطرياً دقيقاً أو تعدم في حالة فشل علاجها.

ب ـ حاملو الميكروب Carriers

تعتبر هذه الفئة من أخطر الفئات من وجهة نظر صحة المجتمع وذلك لصعوبة التعرف عليها وتمييزها عن باقي أفراد المجتمع وخاصة أنه لا يمكن مشاهدة أعراض مرضية واضحة على أصحابها. ولذلك تكون حركتهم في داخل المجتمع حركة دون قيود، وهنا تكمن الخطورة كمصدر هام من مصادر نقل العدوى وخاصة أن هذه الفئة يتم الكشف عنها أما بطريق الصدفة أو أثناء المسح الصحي الشامل أو خلال إجراء الاختبارات المعملية. ولذلك تكمن الإجراءات الوقائية لهذه الفئة في زيادة الوعي والتثقيف الصحي لأفراد المجتمع، ويشمل ذلك الاهتمام بالنظافة العامة والشخصية وكذلك نظافة البيئة مع رفع مستوى صحة الأفراد من خلال توفير الرعاية الصحية الشاملة ومصادر الغذاء الصحي.

ج ـ المرضى Cases

تعتبر الحالات المرضية مصدراً هاماً من مصادر العدوى بالأمراض، ولتجنب نقل العدوى من خلال هذه الفئة يجب القيام بالأمور التالية:

1 ـ الاكتشاف المبكر لهذه الفئة.

2 ـ تقديم الرعاية الطبية والتمريضية والعلاجية المناسبة لهذه الفئة بأسرع ما يمكن حتى تتم السيطرة على المرض في مراحله الأولى وعدم الوصول إلى مضاعفات تزيد من أعباء الأفراد والأسر والمجتمع (تظل الحالات التي لا يمكن تشخيصها missed cases والحالات غير الملحوظة unnoticed cases مصدراً من المصادر الخفية لنقل العدوى).

3 ـ التبليغ السريع عن الحالات المرضية إلى السلطات الصحية المسؤولة.

4 ـ عزل الحالات المرضية التي تشمل الأمراض المعدية ويتم العزل أما:

- في المنزل، وذلك عندما تتوافر الرعاية الطبية الجيدة مع نظافة المنزل.
- في المستشفيات، ويتم عزل المرضى بأماكن العزل بالمستشفيات مع تكثيف التثقيف الصحي للأفراد المخالطين وخاصة أفراد الأسرة. وفي هذه الحالة يجب محاولة الكشف عن حاملي المرض بين الأفراد المخالطين، وتقديم الرعاية الطبية والعلاج المكثف لهذه الحالات.
- القيام بعملية التطهير بشكل مستمر (تطهير مستمر concurrent disinffection ثم تطهير نهائي terminal disinfection) وذلك في نهاية فترة العزل.

وعند إطلاق المريض يجب مراعاة ما يلي:

- يجب إطلاق المريض عندما تختفي كل الأعراض ويصبح الشخص سليماً من الناحية السريرية.
- عندما تتحسن الصحة العامة للمريض بشكل عام وخاصة بعد الأمراض التي تسبب الهزال.
- عندما يتم التأكد من أن المريض قد أصبح غير معدٍ، ويُتأكد من ذلك عن طريق إجراء

التحاليل اللازمة للمريض مع إعادة التحاليل ثلاث مرات على الأقل للتأكد من النتيجة.

وفي نهاية الأمر يجب الاهتمام بتأهيل المريض لأن بعض الأمراض قد تسبب إعاقة مؤقتة أو دائمة، لذا يجب تتبع حالة المريض بعد شفائه وتأهيله للعيش بطريقة سليمة مع تكيفه مع حالة الإعاقة التي أصبح عليها.

ثانياً ـ وقاية المخالطين Control of contacts

هناك عمليات وقائية أخرى تستهدف المعرضين للإصابة والمخالطين للمرضى نوجزها فيما يلي:

1 ـ يجب إعداد سجل لكل واحد من المخالطين يسجل فيه اسمه وعنوانه وعمره ونوع العمل يقوم به.

2 ـ يجب وضع هؤلاء الأفراد تحت الرعاية الطبية المركزة ومتابعة درجة حرارته بانتظام وحالته الصحية العامة وذلك لاكتشاف أي إصابة بالمرض ثم متابعته وعلاجه.

3 ـ يجب عزل كل المعرضين للإصابة الفعلية للمرض لمدة معينة مساوية لفترة حضانة المرض، وخاصة الأفراد الذين لم يسبق لهم أخذ التطعيمات.

4 ـ في بعض الأمراض يصبح المخالطون مصدراً هاماً من مصادر العدوى، لذا يجب عزلهم للتأكد من عدم إصابتهم بالمرض.

5 ـ يجب إجراء فحص معملي لعينات من دم المخالطين وبولهم وبرازهم حتى يتم التأكد من وجود الإصابة من عدمه.

6 ـ يجب حماية المخالطين وذلك بإعطائهم التطعيمات اللازمة.

7 ـ يجب وضع برنامج للتثقيف الصحي لحماية المخالطين وذويهم.

ثالثاً ـ وقاية البيئة Control of environment

تنحصر أهمية العمليات الوقائية الخاصة بالبيئة فيما يلي:

1 ـ منع الإصابة بالأمراض عن طريق غير مباشر من خلال التخلص من مصادر وطرق العدوى.

2 ـ قتل مسببات الأمراض عن طريق التطهير.

وتشمل وقاية البيئة النقاط التالية:

- التخلص من الحشرات والقوارض الناقلة للأمراض.
- توفير التهوية الجيدة.
- مراعاة الشروط الصحية عند إنشاء المباني.
- التخلص الصحي من الفضلات الآدمية.
- توفير مصادر المياه النقية والصالحة للاستخدام الآدمي.

- الإشراف المستمر على الأغذية لضمان عدم تلوثها.
- الاهتمام بعدم تلوث البيئة سواء تلوث الهواء أو التربة بالإضافة إلى التلوث السمعي.

دور ممرض صحة المجتمع في الوقاية من الأمراض المتوطنة

من المعروف أن دور ممرض صحة المجتمع هو دور وقائي في الدرجة الأولى، لذا يجب تطبيق مستويات الوقاية الثلاثة على الأمراض المتوطنة.

المستوى الأول من الوقاية

ويهدف إلى منع حدوث المرض منذ البداية ويكون دور ممرض صحة المجتمع فيه مركزاً في الآتي:

1 ـ نظافة وصحة البيئة بكل نواحيها من خلال:

- التأكد من توفير مصدر صحي نقي للمياه؛
- التخلص الصحي من الفضلات الآدمية؛
- الكشف الدوري على مقدمي الأغذية من باعة ومزارعين؛
- الاهتمام بالتهوية الجيدة للمنازل وتشجيع زراعة الأشجار؛
- القضاء على الحشرات الزاحفة والقوارض.

2 ـ إعطاء التطعيمات الإجبارية وتشجيع العامة على المحافظة على الجدول الدوري للتطعيمات حتى يمكن القضاء على الأمراض المعدية.

3 ـ الاهتمام بالتغذية السليمة للأفراد والأسر ككل، حيث تساعد التغذية السليمة على رفع كفاءة الجسم وجهازه المناعي وتقلل من فرص حدوث الأمراض.

4 ـ التثقيف الصحي عبر أجهزة الدولة من وسائل أعلام مرئي ومسموع، وزيارات منزلية، وندوات تثقيفية، ومحاضرات عن كيفية المحافظة على صحة وسلامة الأفراد وبالتالي المجتمع.

المستوى الثاني من الوقاية

وهذا يهدف إلى الاكتشاف المبكر للمرض واحتوائه بالعلاج المكثف الواعي لمنع حدوث مضاعفات له. ومن أهم الطرق لاكتشاف الأمراض بشكل مبكر برامج المسح الصحي screening programs التي يمكن من خلالها اكتشاف حالات مرضية حتى قبل ظهور أعراض المرض على المريض نفسه.

المستوى الثالث من الوقاية

ويهدف إلى تقليل المضاعفات وعلاجها إذا ظهرت عند الأشخاص المصابين بالأمراض أنفسهم مع مساعدتهم على التكيّف مع حالة الإعاقة إذا ظهرت أي نسبة من الإعاقة.

أسئلة ونشاطات

1 - عرّف الأمراض المتوطنة.

2 - اذكر أهم الأمراض الطفيلية المتوطنة في البلاد النامية، وطرق العدوى والوقاية والمكافحة لكل مرض على حدة.

3 - اذكر أهم الأمراض المتوطنة السارية في بلدك.

4 - اشرح بالتفصيل برامج مكافحة الأمراض المتوطنة ودور ممرض صحة المجتمع في الوقاية منها.

مراجع للاستزادة

(1) Barret-connor, Elizabieth; Brandt, Shirley. L; Simon, Harold J; Dechairo, Doughlas C., «Epidemiology for the Infection Control Nurse» Saint Louis, The C.V. Mosby Co., (1978).

(2) Bradley, Mary F., «Community Health for Student Nurses» Bailliere Tindall, London, (1987).

(3) Clemen-Stone, Susan; Eigti, D.G.; Mc Guire, S.L., «Comprehensive Community Health Nursing: Family Aggregate 7 Community Practice» 4th ed., Mosbey Co., Londeon, Toronto, (1995).

(4) Davies, J.B. Meredith, «Community Health Preventive Medicine Social Services» 5th ed., Alden Press, Oxford, Great Britain (1983).

(5) Dudek, Sudan G., «Nutrition Handbook for Nursing Practice, 2nd ed., S.B. Lippincott Co., (1993).

(6) Ensor, Phyllis G; Means. Richand K; Henkel, Barbara M., «Personal Health» 2nd ed., New York, (1985).

(7) Farmer, Richardm Miller, David, «Lecture Notes on Epidemiology Public Health Medicine» 3rd rd., Oxford, Blackwell Scientific Publication, London, (1991).

(8) Gordon, John E., «Control of Communicable Diseases in Man» 10th ed., New York, The American Public Health Association, (1965).

(9) Green, Lawrence W. Ottoson, Judith M., «Community Health» 7th ed., Mosbey Co., London, Toronto, (1994).

(10) Khalil, Ibrahim F., «Public Health: Part IV» Cairo, S.O.P. Press, (1975).

(11) Jhalil, Ibrahim F., «Community Medicine» Cairo, El. Faress Co., (1994).

(12) Khalil, Ibrahim F., «Community Medicine» Cairo, El. Faress Co., (1995).

(13) Khalil, Ibrahim F. «Community Medicine, Concised Tables of Communicable Disease» Cairo, El-Faress, (1996).

(14) Krupp, Marcus A., Chatton, Milton J., «Current Medical Diagnosis Treatment» Lange Medical Publications, Los Altos, California, (1982).

(15) The National ARI Control Program, «Contact of Acute Respiratory Infections in Practice: A manual for Physicians» Ministry of Health-Arab Republic of Egypt-WHO-UNICEF. (1994).

(16) Smolensky, Jack,: «Principles of Community Health» 4th ed., W.B. Saunders Co., London, (1997).

(17) محمود احمد البنهاوي، أميل شنودة نميان، عبد العظيم عبدالله شلبي، محمد أمين رشدي ومحمد فتحي عبد الفتاح سعود (علم الحيوان)، الطبعة الثانية (1984).

(18) فؤاد خليل، محمد رشدي الطوبى، أحمد حماد الحسيني، محمد حافظ (علم الحيوان العام) مكتبة الأنجلو المصرية. (1984).

(19) مجلد رسالة الإسهال 1981-1991 المشروع القومي لمكافحة أمراض الإسهال - وزارة الصحة.

(20) دليل الممرضة في برنامج مكافحة أمراض الجهاز التنفسي الحادة (مشروع الحفاظ على حياة الطفل).

(21) دليل البرنامج الموسع للتطعيم للعاملين بمراكز التطعيم - وزارة الصحة بجمهورية مصر العربية، منظمة الصحة العالمية - يونيسف. (1994).

الفصل الرابع

الأمراض المستجدة

يضطلع ممرض صحة المجتمع بالعديد من الأدوار والمسؤوليات والجهود للتحكم في الأمراض المستجدة في المجتمع. وتشمل هذه الأدوار على وجه العموم الإبلاغ عن الحالات، وإعطاء التطعيمات لبعض الأمراض التي لها تطعيمات واقية، والتثقيف الصحي، واكتشاف الحالات مبكراً والعمل على تحويلها إلى جهات الاختصاص، وإعطاء العلاجات المناسبة ومساندة الحالات، مع الاشتراك في الأنشطة التي تستهدف وضع السياسات الخاصة بمكافحة هذه الأمراض. وتعتمد تداخلات ممرض صحة المجتمع وأعضاء الفريق الصحي الآخرين في مكافحة الأمراض المستجدة على طبيعة المرض، ولكنها تشمل شقين أساسيين هما الوقاية من انتشار المرض والعمل على تعزيز مناعة ومقاومة المريض المصاب.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سوف يكون القارىء قادراً على أن:

1 ـ يشرح وبائية الأمراض المستجدة في الوطن العربي وفي العالم؛
2 ـ يذكر مسبّبات الأمراض المستجدة؛
3 ـ يناقش طرائق الوقاية من الأمراض المستجدة؛
4 ـ يجادل في أهمية دور الممرض في السيطرة على الأمراض المستجدة والتي تتضمن دوره في إجراءات الوقاية ودوره عند تفشي المرض.

الأمراض المستجدة

هي تلك التي أخذ وقوعها يتزايد خلال العقدين الماضيين أو التي يتزايد خطر انتشارها في المستقبل القريب. كما يشمل هذا الاصطلاح الأمراض المعدية التي ظهرت حديثاً ولم تكن معروفة من قبل، مثل الإيدز وجنون البقر، أو تلك التي أخذت تنتشر في مناطق جغرافية لم تكن منتشرة فيها. ويشمل كذلك الأمراض التي كانت تسهل مقاومتها باستخدام الأدوية والمضادات، غير أن مسبباتها أصبحت أكثر مقاومة لهذه الأدوية والمضادات الحيوية.

أنواع الأمراض المستجدة

أولاً ـ متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز AIDS)

إن كلمة الإيدز هي اختصار للمصطلح الطبي الإنكليزي Acquired Immune Defficiency Syndrome والتي يقابلها باللغة العربية تسمية متلازمة العوز المناعي المكتسب. والإيدز هو مجموعة من الأعراض المرضية التي يدل ظهورها على أن المصاب يعاني من فقدان المناعة. وحيث إن من الواجبات الرئيسية لجهاز المناعة حماية جسم الإنسان من الإصابة بالكائنات المعدية والأمراض السرطانية، ونتيجة لفقدان هذه المناعة، يصبح جسم المصاب بمرض الإيدز فريسة سهلة لمهاجمة العديد من الكائنات مثل الفيروسات والجراثيم والطفيليات، والفطريات، التي تعرف بالعداوي الانتهازية opportunistic infections، وكذلك للإصابة بأنواع معينة من السرطانات مثل سرطان غرن كابوزي Kaposi's sarcoma، وهو ورم جلدي خبيث.

وبائية المرض

يواجه العالم اليوم وباءً جديداً فتّاكاً يعتبر واحداً من أكبر التحديات التي تواجه الجنس البشري، وهو متلازمة العوز المناعي المكتسب والذي يشتهر عالمياً باسم الإيدز. ففي أواخر السبعينات وأوائل الثمانينات، لوحظ ظهور حالات عديدة من نوع نادر الحدوث من الأورام يسمى (غرن كابوزي) بين الشاذين جنسيّاً في الولايات المتحدة، مصحوبة بضعف ملحوظ في الجهاز المناعي. وكان يظن في البداية أن الحالة مقصورة على الشاذين جنسياً، ولذلك كان الاسم الأول الذي أطلق عليها هو العوز المناعي المرتبط بالشذوذ الجنسي. ولكن سرعان ما تبين أن الأمر ليس كذلك وسميت الحالة متلازمة العوز المناعي المكتسب، فالمرض مكتسب (أي إنه ليس منقولاً وراثياً). ولما كانت الحالات تبدي قصوراً ملحوظاً في الجهاز المناعي وتشترك في عدد من الأعراض، فقد سميت بالمتلازمة. وقد أبلغ عن وجود المرض في بلدان أخرى أوروبية وأمريكية في العامين 1982، 1983. وقد اكتشفت مسبباته الفيروسية في عام 1983 من قبل العالم الفرنسي لوك منتنيه بمعهد باستور بفرنسا في عام 1984 ومن قبل العالم الأمريكي روبرت جالو من معهد السرطان الوطني في الولايات المتحدة الأمريكية. وأتيحت فرص مخبرية لتشخيصه في عام 1985. وفضلاً عن أن الإيدز هو مرض جديد يؤدي إلى الموت، فهو مرض لا توجد له أدوية مضادة كما أنه محاط بقدر ما من الغموض. وهو يرتبط بالجنس ولا يعرف يقيناً كيف ومتى وصل هذا المرض إلى الإنسان ولا يعرف ماذا سيحل بالبشرية بسببه بعد مضي فترة من الزمن. لهذا، أخذ هذا المرض يتصدر اهتمامات رجال السياسة والعاملين في مجال الصحة العمومية والإعلام والجماهير.

الوضع العالمي للإيدز

انتشر فيروس الإيدز على نطاق واسع في بلدان كثيرة قبل أن يتبين العلماء وجوده، وقبل الإبلاغ عن أولى حالاته في عام 1981. ويتزايد عدد الحالات المبلَّغ عنها منذ أن تم التعرف لأول مرة على فيروس الإيدز. ووفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية فإن عدد حالات الإيدز يبلغ الآن أضعاف العدد المبلغ عنه منذ بداية الوباء في العالم.

الإيدز في إقليم شرق المتوسط

من بين 18.5 مليون بالغ مصاب بالعدوى المقدر في منتصف عام 1995، يوجد أكثر من 11 مليون شخص في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. أما في إقليم شرق المتوسط، فمن المقدر أن يكون أكثر من مئة وخمسين ألف شخص قد أصابتهم العدوى منذ بداية الوباء. وقد بلغت حالات الإيدز المبلغ عنها من بلدان الإقليم منذ البداية وحتى منتصف العام 1995 ما مجموعه 3201 حالة. ومن المرجح أن تكون الأرقام الحقيقية أعلى من ذلك بكثير.

مسبب المرض

العامل المسبب للمرض هو فيروس قهقري، تم التعرف عليه حديثاً ويعرف باسم فيروس العوز المناعي البشري (HIV). ويعتبر فيروس العوز المناعي البشري واحداً من أكثر الكائنات تعقيداً وتأثيراً. وهو يخترق أنواعاً مختلفة من الخلايا في الجسم البشري يتطور داخل الخلية في خطوات متعددة، تتمثل إحداها في أن حمضي الديوكسي ريبونيوكلييك DNA، الفيروس يندمج في المادة الجينية للخلية المصابة، وفي كل مرة تتكاثر فيها هذه الخلية، تحتوي الخلايا الجديدة على جينات فيروسية. وتنتج عدوى يعتقد معظم اخصائيي الفيروسات أنها تستمر مدى الحياة. وفضلاً عن ذلك، فإن الأشخاص المصابين بالعدوى يظلون قادرين على نقل العدوى إلى الغير طوال حياتهم.

ويتلف الجهاز المناعي للمصابين بالإيدز بسبب تدمير الفيروس للمفاويات التائية المساعدة، وهي الخلايا التي تنظم كل الوظائف المناعية للجسم البشري، كما تنظم تنشيط اللمفاويات البائية المسؤولة عن إنتاج الأضداد (الأجسام المضادة) واللمفاويات التائية الأخرى المسؤولة عن الفتك بالفيروسات والخلايا الورمية وكذلك الوحيدات المسؤولة عن الفتك بكثير من خلايا (T4) في نفس الوقت، إلا أن الفيروس يقتل الخلايا المصابة بمجرد أن تنشط مناعياً. فالفيروس يحوّل الخلية التائية من لمفاوية إلى مصنع لإنتاج فيروسات الإيدز، فتقوم الخلايا التائية التالفة بإنتاج الفيروس الذي يقوم بعد ذلك بغزو الخلايا التائية الأخرى، وبالتالي تتأثر كثيراً آلية الاستجابة المناعية ضد العدوى، وهكذا يصبح المصاب بالإيدز معرضاً لطائفة من الأمراض والأورام التي تنتهز ما يصيبه من عوز مناعي وتهدد حياته.

دور الحضانة Incubation Period

مدة الحضانة غير معروفة على وجه الدقة، إذ يبدو أنها تتراوح بين 6 شهور وعدة سنوات، وهي المدة الفاصلة بين بدء العدوى وبين ظهور العلامات المؤكدة للمرض. ويبلغ متوسط مدة الحضانة سنة تقريباً عند الأطفال وأكثر من خمس سنوات عند البالغين، ويبدو أن لمدة الحضانة صلة بالجرعة المعدية فتكون أقصر في الحالات التي يسببها نقل الدم. كما أن لها صلة بعمر الشخص المصاب بالعدوى، وهي تبلغ في المتوسط ثمانية شهور في الأطفال الذين اكتسبوا العدوى أثناء الحمل. وفي غضون خمس سنوات بعد العدوى، يظهر الإيدز عند حوالي 95% من المصابين بها. كما أن نسبة مماثلة تصاب بحالة ما قبل الإيدز. ويقصد بها الطور الذي يسمى بالمتلازمة المرتبطة بالإيدز (ARC). أما احتمالات تحول بقية المصابين بالعدوى إلى مرحلة المرض، فإنها تتزايد مع تزايد المدة التالية للإصابة بالعدوى. وفي خلال عشر سنوات، تظهر أعراض الإيدز على حوالي 50% من المصابين بالعدوى. كذلك لا يعرف الكثير عن أسباب ظهور أعراض على بعض المصابين بالعدوى بينما لا يحدث ذلك لدى آخرين. ومن المعتقد أن هناك بعض العوامل التي تستحث تقدم حالة العدوى إلى حالة الإيدز. ومن هذه العوامل تكرر التعرض للعدوى أو الإصابة بأمراض مثل التدرن والملاريا (البرداء) ومن شأن ذلك أن ينهك الوظائف المناعية للجسم. ومن بين هذه العوامل أيضاً الحمل، وربما بعض العوامل الوراثية وسن المصاب عند وقوع العدوى، حيث يظهر المرض على الأطفال وعلى من تزيد أعمارهم على 40 سنة بأسرع مما يحدث لدى الشباب. وربما كان السبب يعود إلى درجة الإمراضية pathogenicity لدى الذرية الفيروسية المسببة للعدوى.

المظاهر السريرية والأعراض والعلامات
Clinical Manifestation and Symptoms and Signs

تبدو المظاهر السريرية للعدوى بفيروس العوز المناعي معقدة بصورة متزايدة. فهي تضم مظاهر ناجمة عن الأمراض الانتهازية، كما تضم الاعتلال الذي يسببه الفيروس نفسه مباشرة. ويمكن تقسيم العدوى بالفيروس إلى مراحل، لا يتحتم أن توجد عند كل المرضى. وتشمل هذه المراحل: المرض الحاد ودور الكمون والاعتلال العقدي اللمفي المنتشر والمستديم والمتلازمة المرتبطة بالإيدز (ARC) والإيدز.

1ـ المرض الحاد Acute Illness

بعد العدوى بمدة قصيرة، تستغرق حوالي (3-4) أسابيع، يعاني 50-70% من المصابين بالعدوى من متلازمة حادة تتميز بمظاهر عمومية مثل الحمى المفاجئة، والتوعك والخمود وألم الحلق واعتلال العقد اللمفية الرقبية والإبطية والأربية والآلام العضلية والتعب والصداع وبصفة خاصة خلف محجر العين. ويظهر كذلك طفح بقعي مطاطي، موزع على الجذع، يصحبه ألم بالحلق وسعال. وقد تبقى هذه المظاهر أسبوعين أو ثلاثة ثم تختفي وتعود

الحالة العامة إلى طبيعتها. وعادة ما يكون الفحص المخبري لاكتشاف الأضداد (الأجسام المضادة) سلبياً حيث إن التحول المصلي يحدث عادة بعد العدوى بمدة تتراوح بين 6 أسابيع و12 أسبوعاً. وقد يترافق التحول المصلي بظواهر جلدية، ويصاحبه أحياناً اعتلال شديد، لاسيما الاعتلال الدماغي الحاد. إن التنبه إلى هذا الطور وإن كان صعباً هو أمر في غاية الأهمية، نظراً لوجود بينات على أن المريض يكون مصدراً قوياً للعدوى في هذه المرحلة، ويستطيع نقل الفيروس للآخرين بسهولة.

2 ـ دور الكمون Latency Period

يعقب المرض الحاد عادة دور كمون يستغرق مدة تتراوح بين شهور وسنوات. وفي خلال هذه المدة يتكاثر الفيروس ويصيب مزيداً من الخلايا، ولكن تعداد الخلايا CD4 يظل بعيداً عن المستوى الحرج للعوز المناعي. وفي هذه الفترة يكون مستوى الأضداد (الأجسام المضادة) مرتفعاً، بينما يكون مستوى الفيروسات منخفضاً.

3 ـ الاعتلال العقدي اللمفي المنتشر والمستديم
Persistent Generalized Lymphadenopathy (PGL)

بعد دور الكمون قد تظهر أعراض على شكل اعتلال منتشر ومستديم في العقد اللمفية. فالمريض الحامل للفيروس تتضخم عقده اللمفية، فيزيد قطرها على السنتيمتر وذلك في موضعين أو أكثر خارج الأربية. وتدوم الحالة ثلاثة أشهر على الأقل، مع عدم وجود مرض حالي أو استعمال دواء يعرف عنه أنه يسبب اعتلال العقد اللمفية ولا تظهر أعراضه على حوالي ثلث المرضى بالاعتلال العقدي اللمفي المنتشر، وقد يتراجع حجم العقدة اللمفية ببطء أثناء هذه المدة.

4 ـ المتلازمة المرتبطة بالإيدز AIDS-Related Complex (ARC)

قد تتطور الحالة بعد ذلك لتشمل واحداً من المظاهر التالية:

- نقص في الوزن (أكثر من 15%) ويلاحظ عند جميع المرضى ويستمر التناقص بصفة عامة.
- التعب، والفتور، والوسن.
- فقدان الشهية، وتعب البطن، والإسهال المستديم من الشكاوى الرئيسية وليس لدى معظم المرضى سبب نوعي للإسهال.
- الحمى والعرق الليلي، وصداع وحكة، وقد يظهر طفح حكي مطاطي منتشر عند 20% من المصابين بالفيروس.
- انقطاع الطمث، وتضخم الطحال.

- آفات مخاطية جلدية، وهي لها أهمية في التشخيص المبكر للإيدز أو المتلازمة المرتبطة به وهي تشمل بصورة رئيسية الحماق النطاقي، والتهاب الجلد المثي (الدهني)، والحلأ الراجع أو المستديم في الفم والشفة وأعضاء التناسل، والمليسات المعدية، وداء المبيضات، والطلون الأشعر بالفم.

وكل هذه الأعراض والعلامات كثيراً ما تكون متقطعة ويصاب 10% تقريباً من المرضى بقلة الصفيحات الدموية، ولو أنها غالباً ما تكون عرضاً عابراً. ومع أن هذه العلامات والأعراض تماثل نظائر في مرض الإيدز إلا أن الأعراض والاضطرابات المناعية تكون أقل. وعلى خلاف مرضى الإيدز لا تظهر عند هؤلاء أمراض انتهازية أو أورام خبيثة.

5 ـ الإيدز AIDS

يمثل الإيدز أوخم مراحل الطيف السيري للعدوى بفيروس العوز المناعي البشري. وتظهر على مرضى الإيدز نفس العلامات والأعراض التي تظهر على مرضى المتلازمة بالإيدز (ARC)، ولكن مظاهرها تصبح أشد وضوحاً وتتميز الصورة السريرية بوجود أمراض انتهازية وأورام نتيجة للعوز المناعي الخلوي العميق. وأكثر الأورام شيوعاً بين مرضى الإيدز هو غرن كابوزي، كما أن الأورام اللمفية كثيرة الحدوث. وتعتمد أنماط الأمراض الانتهازية إلى حد بعيد على تعرض المريض في الماضي والحاضر للكائنات الجرثومية. ويصاب كثيرون من مرضى الإيدز باضطرابات وظيفية عصبية ونفسية في المراحل المتأخرة للعدوى بفيروس العوز المناعي البشري. ولقد تبين أن الجهاز العصبي المركزي يتلف في نسبة كبيرة من الحالات. وتشمل الاضطرابات العصبية التهاب الدماغ، مع الخرف المترقي قبل الشيخوخي، والتهاب السحايا الحاد والمزمن، والاعتلال العصبي المحيطي، والتهاب العضلات. أما المظاهر العصبية التي تسببها الأمراض الانتهازية عند المصابين بالعدوى فتشمل التهاب السحايا بالمكورات المستخفية، وداء المقوسات المخي، والورم اللمفي بالدماغ، والتهاب الدماغ الحلئي البسيط، والعدوى بالفيروسات المضخمة للخلايا، والتهاب السحايا بالمبيضات، والخراجات.

وأكثر الاضطرابات العصبية شيوعاً الاعتلال الدماغي تحت الحاد المتميز بتغيرات سلوكية مترقية مصحوبة بالخرف الذي يحدث عند حوالي ثلث مرضى الإيدز. وعادة ما يكون مخاتلاً في البداية حيث يشيع الخلل الوظيفي الاستعرافي، وتشمل العلامات الحركية المبكرة الشائعة، الرعاش، والتباطؤ، ويتطور مسار المرض في العادة نحو الخرف الشديد، أما في المراحل النهائية فقد يحدث الخرس، والسلس، والشلل السفلي.

طرق انتقال العدوى

لقد تم عزل الفيروس من الدم والمصل وسوائل الجسم المختلفة بما فيها المني، وإفرازات عنق الرحم، وحليب الثدي، والدموع، واللعاب. ولكن عزل الفيروس من أحد سوائل الجسم

لا يعني حتماً أن لهذا السائل شأناً في نقل العدوى. ويبدو أن الدراسات الوبائية التفصيلية التي أجريت في شتى أنحاء العالم تعزو العدوى بوجه خاص إلى الدم والمني وإفرازات عنق الرحم والمهبل. وقد أوضحت جميع الدراسات الوبائية أن هنالك ثلاث طرق رئيسية للعدوى وهي: 1 ـ الاتصالات الجنسية 2 ـ عن طريق الدم الملوث ومشتقاته، أو الأدوات الملوثة الثاقبة للجلد 3 ـ من الأم المصابة بالعدوى إلى طفلها.

1 ـ الاتصالات الجنسية

ينتقل الفيروس عن طريق الاتصال الجنسي بين أفراد الجنس الواحد أو الجنسين على السواء. وهذا هو النمط الرئيسي للانتقال، حيث يسبب 90% من حالات العدوى. وهو ينتقل بالاتصال الجنسي بين الذكور والإناث (60%) بنسبة تفوق نسبة انتقاله بين أفراد الجنس الواحد (40%). كما أن وجود مرض تقرحي منقول جنسياً يزيد احتمالات العدوى بفيروس الإيدز أضعافاً مضاعفة.

2 ـ العدوى عن طريق الدم الملوث ومشتقاته أو الأدوات الملوثة الثاقبة للجلد

تمثل حالات الإصابة بالإيدز عن طريق نقل الدم ومشتقاته نسبة صغيرة حوالي 5% من مجموع الحالات، ولكنها مهمة، لأن بالإمكان اتقاء هذه الإصابات إلى حد كبير. ويحدث هذا النمط من العدوى بنقل الدم المعدي أو بعض مشتقاته، أو غرس أعضاء أو أنسجة ملوثة بالفيروس أو استعمال الإبر والمحاقن الملوثة أو غيرها من الأدوات الملوثة الثاقبة للجلد. ولقد كانت الإبر والمحاقن الملوثة من أسباب نقل العدوى في بعض المستشفيات. كما أن المرضى الذين تتطلب حالاتهم معالجة دمائهم كأولئك الذين يعالجون بالديلزة الكلوية، يكونون معرضين بشدة للعدوى إن لم تكن الإجراءات العلاجية المطبقة خاضعة للإشراف الدقيق. وقد تبين أن ما يؤدي إلى العدوى بالفيروس هو الدم الكامل، ومكوناته الخلوية، والبلازما وعوامل التجلط، ولم تثبت العدوى بالمشتقات الأخرى المستحضرة من الدم (الغلوبولينات المناعية، والألبومين وأجزاء بروتين البلازما).

ومشكلة إدمان المخدرات شديدة الصلة بانتشار الإيدز مباشرة عن طريق استعمال المحاقن والإبر الملوثة في حالة تعاطي العقاقير الوريدية، وبطريق غير مباشر من خلال ارتباطها بالبغاء.

3 ـ العدوى من الأم للجنين

قد تحدث العدوى حوالي الولادة قبل ميلاد الجنين أو أثناءه أو بعده بقليل، ويتراوح خطر انتقال الفيروس من الأم الحاملة للعدوى إلى رضيعها بين (20-40%). والعوامل المؤدية إلى انتقال العدوى من الأم إلى الوليد ليست معروفة بشكل كامل، ولكنها تشمل عدد الخلايا

(CD4) لدى الأم والحمل الفيروسي في دمها، والمناعة النوعية لدى الأم ضد فيروس العوز المناعي البشري والأضداد المعادلة له. ويزداد احتمال انتقال العدوى عندما تكون الأم مصابة بضعف المناعة أو تكون مصابة حديثاً بالعدوى. وفي دراسات أجريت على التوائم تبين أن الطفل المولود أولاً وحتى لو استخرج بعملية قيصرية، هو أكثر تعرضاً لخطر العدوى بمقدار ثلاثة أضعاف الخطر الذي يتعرض له المولود الثاني، الأمر الذي يشير إلى وجود عدوى صاعدة من عنق الرحم. وقد أبلغ عن إصابة بعض المواليد بعد مولدهم بالعدوى من أمهات أصابهن الفيروس بعد الوضع، ويظن أن حليب الثدي هو الطريق المحتمل للعدوى في هذه الحالات النادرة. ولا توجد حتى الآن بينات عن إمكان انتقال الفيروس عن طريق الجهاز التنفسي أو الأمعاء أو المخالطة العارضة أو الاتصالات الشخصية في محيط الأسرة أو العمل الاجتماعي أو في المدارس أو المعسكرات أو السجون، أو المقاعد أو أدوات الأكل والشرب المشتركة أو غيرها من الأشياء مثل الملابس المستعملة. ويثير احتمال انتقال العدوى عن طريق اللعاب كثيراً من المخاوف بين الناس. فهناك خشية من انتقال العدوى باستعمال أدوات يستخدمها المصابون بالعدوى أو أثناء معالجة الأسنان. ولكن مما يبعث على الاطمئنان أن معدل عزل الفيروس من لعاب المصابين بالعدوى منخفض جداً (1-2%).

التشخيص المخبري

تشمل الخدمات المخبرية المتعلقة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري ما يلي: تشخيص العدوى بفيروس العوز المناعي البشري، تشخيص درجة الكبت المناعي، تشخيص الأمراض الانتهازية.

(1) تشخيص العدوى بفيروس العوز المناعي البشري

ويشمل ما يلي:

- الاختبارات المصلية بحثاً عن أضداد الفيروس serologic testing for antibodies to HIV؛
- اكتشاف المستضدات أو المكونات الفيروسية detection of viral antigens or components؛
- عزل فيروس العوز المناعي البشري وتمييزه isolation and characterization of the HIV، إن الاختبارات المصلية لاكتشاف أضداد فيروس العوز المناعي البشري هي أكثر الطرق انتشاراً لتشخيص العدوى بهذا الفيروس. ويعتبر اكتشاف أضداد الفيروس مساوياً لتشخيص عدوى حالية ومستمرة به. أما الطرق التشخيصية الأخرى المبينة أعلاه فهي لا تجرى إلا في المختبرات المتخصصة ومراكز البحوث.

ليس من السهل تشخيص العدوى بفيروس العوز المناعي البشري عند المواليد لأمهات

مصابات بالعدوى نظراً لأن أضداد الفيروس تنتقل إلى الجنين في المرحلة الرحمية بصرف النظر عما إذا كانت العدوى قد انتقلت إليه أم لا.

(2) تشخيص درجة الكبت المناعي

بمجرد أن يصاب شخص بالعدوى فإن عدد الخلايا اللمفاوية CD4 يبدأ في الهبوط عن العدد المعتاد وهو 1000 خلية في المليمترالمكعب. ويكون الهبوط متدرجاً بمعدل (50-100) خلية في المليمتر المكعب سنوياً، وهذا الهبوط المتدرج هو العامل الرئيسي وراء تدهور حالة المريض.

(3) تشخيص الأمراض الانتهازية

وذلك يتعلق بنوع المرض وبالكائنات التي يتم التعرف عليها كمسببات للعدوى.

المعالجة Treatment

إن أساليب معالجة العدوى بفيروس العوز المناعي البشري ومرض الإيدز، تشمل ثلاثة مجالات رئيسية هي:

- الأدوية الكابتة للعدوى بفيروس العوز المناعي البشري. مثل مضاهئات السورامين وعديدات السكريد المكبرتة suramin and sulphated polysaccrarided، ومضاهئات ثنائي ديوكسي نيوكليازيد deoxy nucleaside analogues.
- الأدوية التي تحسن الوظائف المناعية للمصاب الأمر الذي يخفّض احتمالات تكوّن الأمراض والأورام المصاحبة لفيروس العوز المناعي، وذلك باستعمال منشطات المناعة مثل انترلوكين 2 interleukin 2 -2، وإنتروفيرون غاما gamma interferon، وهرمونات التوتة Thymic hormones، وغير ذلك من المواد.
- الأدوية التي تمنع أو تعالج الأمراض المرتبطة بالإيدز ومنها الأمراض والأورام الانتهازية، كمعالجة بعض المضاعفات الشائعة للعدوى بفيروس العوز المناعي البشري، ومعالجة الإسهال المزمن بأقراص ترايمثوبريم - سلفاميثوكسازول 500 ملغم مرتين يومياً لمدة 5 أيام. أما إسهال الطفيليات فيعالج بالمترويدازول 500 ملغم ثلاث مرات يومياً لمدة 7 أيام، وتعالج المبيضات الفموية بميكونازول في شكل هلامة. أما مبيضات المريء فتعالج بكيتوكونازول 200 ملغم مرتين يومياً لمدة 14 يوماً بشرط أن يكون الكبد سليماً. وفي حالة التهاب الرئة بالمُتَكَيِّسات الرئوية الكارينية يعطى الكوتريمكسازول والبنتاميدين الوريدي لمدة ثلاثة أسابيع. وفي حالات غرن كابوزي والعمى الذي يسببه التهاب الشكبية بالفيروس المضخم للخلايا يعطى فوسكارنت وجانسيلكوفير لمدة عشرة أيام.

وهناك بعض الأمراض التي وإن لم تكن انتهازية تماماً إلا أنها تشيع بين المصابين بعدوى فيروس العوز المناعي البشري مثل داء السلمونيلات وأنواع العدوى بالمكورات العقدية. ولكن هذه الحالات ذات العلاج اليسير يمكن أن تقتل ذوي المصل الإيجابي لفيروس العوز المناعي البشري، وبعضه قد يؤدي إلى انتكاسات. وينبغي إعطاء مضادات التدرن للمصابين بالتدرن الكامن، وذلك بقصد الوقاية من الإمراضية.

الوقاية والمكافحة Prevention and Control

تعتبر جميع طرق العدوى بفيروس العوز المناعي البشري قابلة للوقاية وحتى في حالة اكتشاف علاج فسوف تبقى الوقاية أهم استراتيجية في الكفاح ضد الإيدز. فهنالك معلومات عن طرق العدوى تكفي لتمكين السلطات الوطنية من اتخاذ تدابير الوقاية وللحد من خطر العدوى. ويلزم التأكيد على كون المشكلة تهم اختصاصات وقطاعات عديدة، وكونها ذات أبعاد كثيرة وتنطوي على مجموعة معقدة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتربوية والسلوكية، فضلاً عن العوامل الوبائية. ويمكن تقسيم استراتيجيات الوقاية والمكافحة على النحو التالي:

1 ـ الوقاية من العدوى عن طريق الجنس Prevention of Transmission

الإيدز وعدوى فيروس العوز المناعي البشري ليسا في واقع الأمر إلا من الأمراض المنقولة جنسياً. فالاتصالات الجنسية بين أفراد من الجنسين أو الجنس الواحد هي أهم طرق انتشار الفيروس، ويصل الفيروس إلى مجرى الدم من خلال تمزقات دقيقة في بطانة الأعضاء التناسلية أو المستقيم. وليس بمقدور أحد أن يتبين ما إذا كان قرينه الجنسي مصاباً بالعدوى أم لا، كما أن وجود مرض منقول جنسياً يعزز احتمالات انتشار العدوى بين أولئك الذين يمارسون الجنس. وهذا هو السبب في أن البغايا يعتبرن مصدراً للعدوى شديد الخطورة، ويجب التأكيد في أنشطة التثقيف الصحي للجمهور على هذه الحقيقة وعلى ضرورة اجتناب العلاقات الجنسية خارج الإطار الزوجي. وينبغي أن يستهدف التثقيف الصحي تغيير السلوكيات المحفوفة بالمخاطر، وبالتالي تخفيض أخطار التعرض للعدوى. وينبغي في بلدان الوطن العربي بذل الجهود للاستفادة من المعتقدات الدينية القوية في ترويج أنماط الحياة الصحية والابتعاد عن الأنماط غير الصحية ومن بينها إباحية العلاقات الجنسية.

وبالنظر إلى ما ثبت من أن وجود الأمراض المنقولة جنسياً، وخاصة ما كان منها مصحوباً بتقرحات، يزيد احتمال العدوى بفيروس العوز المناعي البشري، فإن البرامج الوطنية للوقاية من الإيدز ومكافحته يجب أن تتضمن نشاطاً لمعالجة الأمراض المنقولة جنسياً في مراحلها المبكرة.

2 ـ الوقاية من العدوى المنقولة بالدم Prevention of Blood-Borne Transmission

إن حالات الإيدز المكتشفة في أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية والناجمة عن نقل الدم لا تزيد، نسبتها حتى الآن على 5% من مجموع الحالات. أما في إقليم شرق المتوسط فقد كانت للدم ومشتقاته أهمية أكبر في نقل المرض. لكن هذا الخطر أخذ في الانخفاض حيث إن معظم حالات العدوى والإيدز التي تم اكتشافها كانت قد حدثت قبل أن تتاح اختبارات تحري الدم، ومع ذلك ينبغي إعطاء المزيد من الاهتمام لهذا النمط المحتمل للعدوى وذلك من خلال:

- اجتناب نقل الدم ما لم تكن هناك حاجة ماسة إليه.
- التأكد من سلامة الدم والمتبرعين به بواسطة فحص كل وحدات الدم وكذلك المتبرعين بالدم بحثاً عن أضداد الفيروس.
- ضمان تحضير مشتقات الدم على نحو يستبعد انتقال الفيروس.

3 ـ الوقاية من العدوى عن طريق الحقن والأدوات الثاقبة للجلد

Prevention of Transmission Through Injections and Skin Piercing Procedure

المدخل الثالث من مداخل العدوى هو عن طريق الحقن الأدوات الملوثة الثاقبة للجلد. ويلزم بذل الجهود لضمان أن تكون الأدوات المستعملة للحقن وغيرها من الأدوات الثاقبة للجلد مثل المباضع المستعملة لأخذ قطرات الدم لفحصها مخبرياً، أو أدوات ثقب الأذن أو الوشم مأمونة وليست ملوثة. ولقد تم اقتفاء بعض حالات العدوى بفيروس العوز المناعي حتى وجد أن منشأها كان في عمليات زرع (غرس) الأعضاء. لهذا من الأهمية القصوى تحري سلامة مانحي الأعضاء قبل قبول أعضائهم.

4 ـ الوقاية من العدوى حوالي الولادة Prevention of Perinatal Transmission

تبلغ نسبة الأطفال المصابين بالعدوى الذين يولدون لأمهات يحملن العدوى 30-35% حيث تنقل الأم الحاملة للعدوى الفيروس إلى طفلها قبيل ولادته أو أثنائها أو بعدها بقليل. ولذلك ينبغي نهي المصابات عن الحمل حفاظاً على صحتهن وخوفاً من نقل العدوى إلى المواليد وإقناع الرجال والنساء الذين يفكرون في الإنجاب بقبول الاختبار الطوعي والإرشاد قبل الزواج.

5 ـ التثقيف الصحي للجمهور

بالإضافة إلى طرق الوقاية الآنفة الذكر، يلزم تزويد الجمهور بالتثقيف الصحي عن طبيعة المرض، وطرق العدوى الرئيسية ولاسيما أخطار الإباحية الجنسية، وكذلك تعريف الجمهور بأنه لا توجد أدلة على أن العدوى تنتشر عن طريق المخالطة الاجتماعية العارضة أو

الغذاء، أو الهواء. ويجب على السلطات الصحية تهدئة ما قد يثور من مخاوف مبالغ فيها أو لا مبرر لها، وأن تتجنب في نفس الوقت إنكار المخاطر المحتملة حتى ولو كانت معدلات العدوى لا تزال منخفضة. وينبغي نصح المخالطين للمرضى في البيت بضرورة مراعاة معايير حفظ الصحة والنظافة واجتناب المخالطة التي تؤدي إلى تبادل أي سائل من سوائل الجسم. وينبغي توجيه رسائل تثقيفية خاصة للفئات الشديدة التعرض للخطر التي يزيد استعدادها للعدوى بسبب أساليبها المعيشية وسلوكها، لاسيما ما يعرض هذه الفئات للأمراض المنقولة جنسياً. وبعض هذه الفئات يتعاطون المخدرات بالوريد ويصعب عموماً الوصول إليهم وتثقيفهم. لذلك ينبغي بذل كل جهد لتوعيتهم وبصفة خاصة بشأن خطر الاستعمال المشترك لإبر الحقن والإباحية الجنسية.

6 ـ تدبير الحالات

إن قوانين الصحة العامة في كثير من بلدان الإقليم تحتم الإبلاغ عن حالات الإيدز والعدوى بفيروس العوز المناعي البشري. ويجب التأكيد على أن الداعي الوحيد لإجراء اختبار إلزامي بحثاً عن عدوى فيروس العوز المناعي البشري هو تحري مأمونية الدم والمتبرعين بالأنسجة والأعضاء. وليس هناك أي مبرر لإجراء اختبارات إلزامية لأغراض السفر أو التوظيف أو دخول المستشفيات. فهذه الاختبارات لن تفيد في اكتشاف الحالات.

7 ـ البرنامج العالمي لمنظمة الصحة العالمية لمكافحة الإيدز
The WHO Global Programme on AIDS (GPA)

في أيار/مايو 1987 اعتمدت جمعية الصحة العالمية الأربعون قراراً أكدت فيه أن على منظمة الصحة العالمية أن تواصل القيام بدورها في توجيه وتنسيق المعركة العالمية الملحة والحامية ضد الإيدز. ووافقت منظمة الصحة العالمية على إقامة برنامج خاص للإيدز وشددت على أسبقية العالمية. وهكذا نشأ البرنامج الخاص للإيدز الذي أعيدت تسميته بعد عام واحد باسم البرنامج العالمي للإيدز. ويهدف هذا البرنامج إلى:

- الوقاية من العدوى بفيروس العوز المناعي البشري.
- تخفيض الوطأة الشخصية والاجتماعية لعدوى فيروس العوز المناعي البشري والإيدز؛
- حشد الجهود المبذولة على الصعيدين الوطني والدولي وتوحيدها.

دور ممرض صحة المجتمع في السيطرة على مرض الإيدز

1 ـ إن ممرض صحة المجتمع والذي يعمل في عيادات المسح لحالات الإصابة بالإيدز، عليه أن يشرح ماهية الفحوصات ونتائجها لشرائح المجتمع لتجنيبهم الممارسات ذات

الخطورة العالية والتي تؤدي إلى تعريضهم لفيروس العوز المناعي.

2 ـ تحويل المرضى الذين تكون فحوصاتهم المخبرية موجبة، والمشتبه بإصابتهم لغرض متابعة التشخيص والعلاج وحسب الاحتياج.

3 ـ إرشاد المصابين لأجل منع انتقال المرض للآخرين.

4 ـ لممرض صحة المجتمع دور كبير في البرنامج التثقيفي للعاملين الصحيين بخصوص الإيدز وبقية الأمراض المنقولة جنسياً.

5 ـ وعلى المستوى الثاني للوقاية يكون دور ممرض صحة المجتمع المشاركة في التخطيط للبرامج الصحية لتأمين توفير المال والتسهيلات التشخيصية والعلاجية لحالات العدوى بالفيروس والمصابين بالإيدز.

6 ـ على المستوى الثالث للوقاية يكون دور ممرض صحة المجتمع المشاورة لتقليل الآثار النفسية للإصابة بالإيدز للفرد وعائلته وتقديم الدعم النفسي.

7 ـ التوعية حول التشخيص والمعالجة وتخطيط التداخل بخصوص إدامة الحالة التغذوية والحفاظ على الصحة الشخصية وصحة الفم والآثار الجانبية للعلاج.

8 ـ المشاركة في البرنامج التثقيفي للمواطنين حول سبل الوقاية من مرض الإيدز.

ثانياً ـ التهاب الكبد الفيروسي Viral Hepatitis

التهاب الكبد الفيروسي من المشكلات الكبرى في جميع أنحاء العالم، والالتهاب من النوع ب (HB) هو الأكثر أهمية بين سائر الالتهابات الكبدية الفيروسية. ويوجد على المستوى العالمي ما يقرب من 350 مليون شخص حامل لوسمات العدوى الناشطة بفيروس الالتهاب الكبدي، وأكثر من 25% من الأشخاص الذين يعانون من هذه العدوى المستمرة يعيشون حتى سن البلوغ، وسوف يموتون بسبب عاقب الالتهاب الكبدي ب (HB) مثل تليف الكبد cirrhosis، والسرطان الكبدي الخلوي hepatocellular carcinoma. واللقاحات المتاحة ضد الالتهاب الكبدي هي سجل مثير للأمان والفاعلية، والتمنيع الشامل للأطفال سيكون أفضل وسيلة لمكافحة هذه العدوى على النطاق العالمي، بما في ذلك خفض معدل الوفيات بسبب عقابيله. وفي المناطق التي تحدث فيها معظم العداوي في وقت مبكر من العمر يجب إعطاء اللقاح للأطفال بعد الولادة بزمن قصير، كما يجب أن يكتمل التمنيع ضد التهاب الكبد الفيروسي مع البرنامج الموسع للتمنيع.

وبائية المرض في العالم

تعتبر وبائية الالتهاب الكبدي (أ) (HA)، والالتهاب الكبدي (ب) (HB) في أفريقيا واضحة. وفي المعتاد تحدث عداوي فيروس الالتهاب الكبدي (أ) (HAV) في وقت مبكر من العمر بشكل تحت سريري. وعلى الرغم من أن معظم السكان يتعرضون لهذا الفيروس قبل بلوغ العاشرة من العمر إلا أن المرض المصحوب بظهور الأعراض يحدث في حالات قليلة نسبياً.

ونظراً لأن هذا المرض حاد بطبيعته ويحدث الشفاء بعد فترة محدودة، فمن غير المرجّح أن تكون هناك أولوية للتمنيع واتخاذ الإجراءات التقليدية للصحة العامة مثل التزويد بالمياه النظيفة والتصريف الملائم للفضلات. ويتميز الالتهاب الكبدي بفرط التوطن في إفريقيا حيث يتواجد المرض المزمن عند ما يقارب 50 مليون نسمة. وتشير دراسات كثيرة إلى أن هذا المرض المزمن كثيراً ما يصحبه المرض الكبدي. وتوجد معلومات قليلة نسبياً عن وبائيات عداوي التهاب الكبد الفيروسي دلتا (HD)، والعداوي من نوع (HC) ونوع (HE)، ويتراوح انتشار وسمات فيروس الالتهاب الكبدي دلتا بين 3-31%.

أما في إقليم الأمريكيتين فإن الالتهاب الكبدي (A) يعتبر من أمراض الطفولة بصفة عامة وذلك باستثناء كندا وبعض جزر الكاريبي وتشيلي والولايات المتحدة الأمريكية حيث تميل العدوى إلى حدوث في سن البلوغ المبكر. وتختلف نسبة انتشار التهاب الكبد الفيروسي (B) في هذا الإقليم فتوجد بشكل منخفض في المناطق المعتدلة من أمريكا الشمالية وأمريكا الجنوبية، وبشكل متوسط في المناطق الاستوائية في وسط وجنوب أمريكا، وبنسبة مرتفعة في معظم أجزاء حوض الأمازون وهسيانيولا وسانت كيتس ونفيس، وفي أجزاء من كولومبيا وفنزويلا. وفي إقليم شرق البحر الأبيض المتوسط، هناك فرط توطن للفيروس (A)، ولكن أسوة بأقاليم أخرى، تحدث العداوي في وقت مبكر من العمر وتكون تحت سريرية subclinical في المعتاد. والفيروس (B) مفرط التوطن أيضاً. وتحدث على نطاق واسع أيضاً عدوى الفيروس دلتا (HDV)، التي تلعب دوراً هاماً في سببيات مرض الكبد المزمن في بعض البلاد.

أما في إقليم أوروبا فيستمر وجود التهاب الكبد الفيروسي كمشكلة صحية هامة وخطيرة، ويقدر عدد الحالات بما يزيد على 600000 حالة كل عام بنسبة تتراوح بين 10 إلى 30 حالة لكل 100000 شخص، على الرغم من إتاحة لقاحات آمنة وفعالة ضد الفيروس (B). وتشاهد أنماط مختلفة من العدوى في الأجزاء المختلفة من الإقليم، ففي جنوب وشرق أوروبا تتواجد أضداد الفيروس (A) بشكل عام بين البالغين. ويندر حدوث العدوى نسبياً في شمال وغرب القارة ولا يتواجد التهاب الكبد الفيروسي (A) تقريباً في اسكندينافيا إلا بين المسافرين، بينما يبلغ الوقوع السنوي لهذا المرض 100 حالة لكل 100000 من السكان في بعض أجزاء جنوب أوروبا. وتتوطن عدوى الالتهاب الكبدي أ (A) في كل بلاد إقليم جنوب شرق آسيا، إلا أن المرض نادر الحدوث نسبياً باستثناء الزائرين. وعلى عكس ذلك يعتبر الالتهاب الكبدي ب (B) مشكلة صحية كبرى في معظم أجزاء الإقليم وسبباً جوهرياً للمرضى وللوفيات. وقد حدثت تفشيات متعددة موثقة لعدوى الفيروس (E) في بورما والهند ونيبال خلال الأعوام العشرة الماضية، بينما اكتشفت حالات فرادى لها نفس الخصائص الوبائية والسريرية أثناء الفترات بين حدوث هذه الأوبئة.

أنماط التهاب الكبد الفيروسي

1 ـ فيروس الالتهاب الكبدي نمط أ (A)

سابقاً كان يدعى التهاب الكبد المعدي infectious hepatitis، وينتقل عن طريق البراز إلى الفم ويتسبب به فيروس رئوي (RNA)، من عائلة فيروسات البيكورناوية picornavirus، ويسبب في المعتاد مرضاً قليل الشدة مقارنة بفيروسات الالتهاب الكبدي الاخرى مثل الفيروس ب (B). وعلى الرغم من أن عدوى هذا الفيروس لا تسبب مرض الكبد المزمن، ولا حالة حامل المرض المزمن، إلا أنها تسبِّب مراضة ما بين 3-4 أسابيع ومعدل الوفيات في هذا النمط قليل.

- مدة حضانة الفيروس، هي من 15-45 يوماً.
- إن التهاب الكبد الفيروسي نمط (أ) يصيب الأطفال خلال السنين الأولى بعد الولادة، وهو يسبب عدوى لا تظهر أعراضاً ويتبعها مناعة طويلة المدى.
- مع التغير في وبائية المرض والذي حدث نتيجة للتحسن في الإصحاح البيئي، هنالك فاشيات Outbreaks (مجموعة حالات محدودة لا تصل إلى درجة الوباء) تحدث كنتيجة للمعدلات العالية للمرض السريري في الأطفال، ويكون الكبار واليافعون والمسافرون من البلدان الصناعية إلى المناطق النامية معرضين لخطورة الإصابة.
- إن لقاح التهاب الكبد من النمط المضعَّف متوافر تجارياً، وهو يعطى للمسافرين من البلدان الصناعية إلى البلدان النامية. وهذه اللقاحات غالية جداً للاستخدام الروتيني للمجتمع وحتى في البلدان الصناعية.
- أما طريقة العدوى فتحدث عن طريق تناول الأطعمة الملوثة والماء غير الصالح لشرب.
- لا يوجد مضاعفات، باستثناء الحالات الشديدة وتحدث الوفاة بنسبة 0.1-0.3%.
- أما الوقاية فهي تتم بواسطة: النظافة العامة، والإصحاح البيئي، والتعقيم الجيد لمياه الشرب وعدم تناول الأطعمة والمشروبات الملوثة وخاصة من الباعة المتجولين. وعند إصابة طفل في مدرسة أو في رياض الأطفال يعطى الإجازة الإجبارية البالغة 14 يوماً أو لحين اختفاء اليرقان.

2 ـ التهاب الكبد الفيروسي نمط ب (B)

إن التهاب الكبد الفيروسي نمط (ب) ذو أهمية واسعة ولكن وبائيته تختلف حسب مستوى التوطن. ففي المناطق ذات التوطن العالي، يصاب معظم الناس في مرحلة الطفولة، ولذلك فإن معدل انتشار prevelance حاملي المرض يكون عالياً. وفي المناطق ذات التوطن المتدني، تحدث العدوى بين الفئات ذات الخطورة العالية بدلاً من الأطفال. أما فترة حضانة المرض فهي من 45-180 يوماً. وقد يتحول المصاب إلى حامل مزمن للفيروس بنسبة

10-15%. وقد يصاب بالتهاب الكبد المزمن غير الفعال والفعال وتشمع الكبد وسرطان الكبد، وقد تحدث الوفاة بنسبة 1-2% نتيجة المضاعفات.

في عام 1991 أوصت المجموعة الاستشارية العالمية للتحصين بأنه في حلول عام 1997 يجب أن تتضمّن كل البرامج الوطنية لقاح التهاب الكبد الفيروسي في الجدول الروتيني للتحصين. وهذا الأمر تم الإعلان عنه من قبل مجلس الصحة العالمي في عام 1992، وتعتبر الدول الاعضاء EMR من الدول الرائدة في التمنيع ضد المرض.

أما طريقة العدوى فتتم بواسطة:

- نقل الدم الملوث ومشتقاته.
- أي تدخّل جراحي بأدوات ملوثة واستعمال المحاقن غير المعقمة.
- من الأم الحامل (المصابة بالمرض أو حاملة الفيروس) إلى الجنين أثناء الولادة.
- التلامس المباشر مع المصابين عن طريق سوائل الجسم وبالاتصال الجنسي.

أما الوقاية من هذا النمط فتكون بواسطة:

- فحص قناني الدم ومشتقاته كافة.
- استعمال المحاقن النبوذة disposable syringes أو الزجاجية المعقمة بصورة جيدة مع استعمال الكفوف والأدوات الجراحية المعقمة أثناء التعامل مع الدم وإفرازات المرضى.
- تمنيع الأطفال حديثي الولادة بلقاح التهاب الكبد نمط (B)، ضمن البرنامج الموسع للتمنيع بعمر 2، 4، 6 شهور.
- فحص وتمنيع الملامسين المباشرين للمرضى وحاملي الفيروس.
- تمنيع المجاميع المعرضة لخطر الإصابة بالمرض مثل العاملين الطبيين والصحيين والمرضى بأمراض الدم الوراثية مثل التلاسيميا thalassemia، والهيموفيليا (الناعور) haemophilia، والمرضى المراجعين لغرض إجراء الديلزة الكلوية renal dialysis، والحلاقين.
- عدم التبرع بالدم من قبل حاملي الفيروس.
- التوعية الصحية المستمرة حول المرضى وطرق العدوى وأساليب الوقاية منه.

3 ـ التهاب الكبد الفيروسي نمط ج (C)

إن معدل هذا النمط هو ضمن المدى من 0.5-2% في معظم أنحاء العالم. ومضاعفات هذا النمط هو تحول المصاب إلى حامل للفيروس بنسبة أكثر من 50%. أما طريقة العدوى فهي بواسطة نقل الدم الملوث ومشتقاته والتداخل الجراحي بأدوات ملوثة وباستعمال المحاقن

غير المعقمة. وبالرغم من أن طرق الانتقال الجنسية أو أثناء الولادة ممكنة إلا أن هذه الطرق قليلة الحدوث حتى الآن. أما طرق الوقاية فهي كما في نمط (ب).

4 ـ التهاب الكبد دلتا (HDV)

إن فيروس التهاب الكبد الدالي هو فيروس ناقص (غير متكامل). ويعتمد على فيروس نمط B لإيجاد الغطاء له. ومن الممكن أن تحدث العدوى بفيروس التهاب الكبد الدالي كعدوى مصاحبة أو عدوى متصاعدة، مثل حالات التهاب الكبد الفيروسي نمط ب (B). ويؤدي إلى تصعيد التهاب الكبد المزمن الفعال، وقد يتحول المصاب إلى حامل مزمن للفيروس بنسبة 10-15%.

5 ـ التهاب الكبد نمط هـ (H)

إن التهاب الكبد نمط هـ هو عامل مرضي تم اكتشافه حديثاً، وقد أصبحت المواد التشخيصية لهذا العامل متوافرة حديثاً على نطاق تجاري.

ينتقل التهاب الكبد نمط هـ عن طريق التلوث من البراز إلى الفم، وقد تم الإخبار عنه في الموجات الوبائية الكبيرة. ومبدئياً فإن هذه الموجات كانت تنتقل عن طريق الماء الملوث، وقد تم الإخبار عنها عن طريق بقائها بشكل متوطن في السنوات ما بين الموجات الوبائية. ومن الممكن أن يتم انتشارها بشكل حالات منفردة، في البلدان التي لا توجد فيها العدوى بشكل متوطن.

جرى الإبلاغ عن موجات وبائية كبيرة (100000-300000) في شبه القارة الهندية، وأواسط الصين، ومناطق شرقي وشمال أفريقيا والمكسيك.

يحدث النمط (H) التهاب كبد فيروسياً حاداً نموذجياً عند معظم المرضى، وعلى أي حال فإن إصابة الحامل في الفصلين الثاني والثالث من فترة الحمل الذي يصاحبه معدل وفيات عالٍ وبنسبة 10-20% لم يتم تفسير سببه لحد الآن، ولا يوجد حالات لحاملي المرضى المزمنين ولا يتسبب هذا النمط في حدوث حالات مزمنة لالتهاب الكبد.

الوقاية من المرض: اتباع النظافة العامة، والإصحاح البيئي، والتعقيم الجيد لمياه الشرب، وعدم تناول الأطعمة والمشروبات الملوثة وخاصة من الباعة المتجولين.

دور ممرض صحة المجتمع في السيطرة على التهاب الكبد الفيروسي على المستويات الأول والثاني والثالث للوقاية

على المستوى الأول

- مراقبة الإصحاح البيئي لمنع انتشار المرض.
- مراقبة الماء والغذاء لتأمين سلامة الماء والغذاء.
- عدم تشجيع استخدام الفضلات البشرية كأسمدة لمنع تلوث الماء والغذاء.

- تثقيف الفرد والجماعة ـ الالتزام بغسل اليدين والحفاظ على صحة الأفراد لمنع انتشار المرض.
- الإخبار عن المصابين والمخالطين وإحالتهم للعلاج لتوفير العلاج الوقائي للمخالطين.
- إحالة المدمنين على المخدرات لأجل العلاج وذلك لتقليل المدمنين وحالة الإدمان.
- المشاركة في التخطيط للبرنامج الوطني للسيطرة على التهاب الكبد الفيروسي، وذلك لتوفير الإصحاح البيئي والغذاء السليم.

على المستوى الثاني

تثقيف الفرد بخصوص إزالة الأعراض.

على المستوى الثالث

- تثقيف المريض بخصوص الوقاية من انتشار المرض إلى الآخرين.
- الإخبار عن المخالطين ومقابلتهم وذلك لتوفير العلاج للمعرضين للإصابة.
- تثقيف المريض حول تأثيرات الكحول على الكبد الملتهب للوقاية من المضاعفات.

ثالثاً ـ اعتلال الدماغ البقري الإسفنجي (جنون البقر) Bovine Spongiform Encephalopathy

في العشرين من آذار/مارس عام 1996، أعلنت حكومة المملكة المتحدة وأيرلندا الشمالية للمرة الأولى أن مرض جنون البقر يمكن أن ينتقل إلى الإنسان عن طريق أكل لحم البقر. وقد ساد العالم كله قلق بالغ من وراء هذا الإعلان وقام العديد من البلدان بحظر استيراد لحم البقر من المملكة المتحدة التي اكتشف تفشي المرض فيها بين البقر منذ عام 1985.

أنواع اعتلال الدماغ الإسفنجي في الحيوانات

توجد أربعة أنواع كما يلي:

1 ـ الراعوش Scrapie

وهو نوع يصيب الماشية بعمر 2-5 سنوات، ومن الممكن أن يصيب الماعز. وقد تم التعرف عليه في بريطانيا منذ 300 سنة، وهو النوع الوحيد المعروف بتواجده بشكل متوطن. ومستودع المرض هو الماشية ويتم انتقاله عن طريق المشيمة placenta خلال الحمل أو الوضع وبسبب ذلك فإن فترة الحضانة تكون طويلة من 3-4 سنوات.

2 ـ اعتلال منك الدماغي المنتقل Transmissible Mink Encephalopathy

وهو من الأمراض النادرة من أمراض المزرعة farm، وهو مقترن بالتغذية على فضلات

الحيوان والملوثة بالعامل المرضي agent. ولا ينتقل المرض من خلال المشيمة transplacental، أو حوالي الولادة perinatal. ويحدث هذا النوع من الاعتلال في أمريكا في البغال والغزلان والإبل، ويحدث في بريطانيا في القطط.

3 ـ مرض الضمور المزمن Chronic Wasting Disease (CWD)

4 ـ اعتلال الدماغ الإسفنجي البقري Bovine Spongiform Encephalopathy

هو مرض عصبي لا تصاحبه حمى ويصيب على الأخص المواشي التي بلغت سن النضج. بدأت الأضواء تسلط عليه في تشرين الثاني/نوفمبر 1986، وذلك بظهور نوع متميز من المرض العصبي الذي يصيب القطعان في بريطانيا. ومنذ 1986 وحتى يومنا الحالي هنالك أكثر من 150000 حالة من المرض قد تم اكتشافها بين القطعان في بريطانيا. وقد تم تقديم التقارير عنها من أربعة أقطار أوروبية وهي فرنسا، والبرتغال، وإيرلندا، وسويسرا، حيث تحدث الحالات من خلال القطعان المستوردة من بريطانيا.

بيّنت الدراسات الوبائية في أواخر الثمانينات أن مصدر المرض يعود إلى غذاء القطعان المحضر من جثث القطعان الميتة، وهي طريقة أدخلت لتغذية القطعان في عام 1981. ولا يزال من غير المعروف كيف بدأ الاعتلال الدماغي الإسفنجي في القطيع. إلا أن بعض العلماء كان لهم رأي في ذلك وهو أن العامل المسبب ينتقل من الماشية ويعبر حاجز الأنواع ليصيب الأبقار. ويعتقد آخرون بأن الموجة الوبائية تنشأ من عداوٍ غير معروفة في الأبقار وأن إعادة الدورة للعامل المسبب من الممكن أن تضخم في حدوث الموجة الوبائية.

أنواع الاعتلال الدماغي الإسفنجي في الإنسان

هناك أربعة أنواع منه هي:

1 ـ النوع المسمى كورو Kuru:

وقد حدث بنسبة عالية في الخمسينات بين مجموعة خاصة من السكان. ويرجع انتشار المرض إلى طقوس التأبين غير الاعتيادية في غينيا حيث تؤكل أدمغة الموتى، ويتعرض النساء والأطفال لذلك الخطر خاصة، حيث ينتقل العامل المسبب من شخص لآخر. وعندما توقفت ممارسة هذه الطقوس في أواخر الخمسينات تلاشى المرض بشكل تدريجي وهو الآن يعتبر نادراً. وهناك حالات ظهرت حديثاً كانت فيها فترة الحضانة طويلة ووصلت إلى 30 يوماً، وظهرت بشكل مرض يصيب الجهاز العصبي المركزي ويظهر على شكل رنح مخي، وعدم تناسق في الحركات، وارتعاش، ورجفة tremor، وتصلب rigidity، وضمور متواصل.

2 ـ مرض كروتزفيلد جاكوب Creutzfeldt-Jakob Disease (CJD):

هو من الأمراض المعروفة وقد سمي باسم اثنين من العلماء الألمان الذين وصفوا

المرض عام 1920. تم الإعلان عن حدوث المرض من شتى أنحاء العالم بشكل حالات متفرقة وبمعدل حدوث يتراوح بين 0.5-1 لكل مليون من السكان. وهو يحدث في كل الأقطار بنسبة حدوث متشابهة وهناك حالات لا يعرف فيما إذا كانت اعتلال الدماغ الإسفنجي أم لا، إذا إنها تحدث لدى المجموعات التي تعتمد على غذاء نباتي وفي معدل متشابه.

والمرض عبارة عن مرض عصبي انحلالي وتدريجي، يبدأ بالذهول ويتطور إلى خرف مستمر، مع حدوث اضطرابات في الحركة (رنح ومن ثم حركات غير اعتيادية) وفقدان التوازن. وتصاب بعض الحالات بفقدان الرؤيا أو الكلام، ويحدث الموت عادة خلال أشهر قليلة بعد ظهور الأعراض، و 90% يموتون في أقل من سنة. وتدل الدراسات المختبرية الروتينية على أن السائل النخاعي الشوكي يكون طبيعياً، وأن المرض لا يصاحب بالحمى. ويُظهر تخطيط الدماغ علامات مميزة وذلك بوجود موجات متكررة ذات فولتية عالية. وتحدث معظم الحالات في الأشخاص فوق سن الأربعين من العمر (وهو أكثر حدوثاً ما بين 55 سنة و 75 سنة). وهنالك إشارة إلى احتمال وجود عامل وراثي كما يبدو من خلال تاريخ العائلة الموجب والذي يتمثل في سوابق وجود خرف مبكر في 15% من الحالات. وإن حدوث المرض أيضاً يرجع إلى العلاج بهرمونات النمو والهرمونات المحفزة للمبيض والهرمونات المحضرة من الغدد النخامية. ولا يوجد دليل بأن المرض ينتقل من شخص لآخر وتحت الظروف الطبيعية. كذلك هنالك زيادة في الحالات التي تحدث نتيجة لتعاطي الأدوية، كما أن الدلائل الوبائية تدل على أن إعطاء الدم لا يرتبط بحدوث المرض.

3 ـ متلازمة غرتسمان ستروسلر Gertsmann-Straussler Syndrome

يعتقد بأنه مرض عائلي مع وجود استعداد وراثي. وهو يختلف عن مرض كروتزفيلد جاكوب في كونه ذا فترة مرضية طويلة مع وجود تقدم بطيء في الخرف و/أو الرنح.

4 ـ متلازمة شنايكر Schneiker Syndrome

وهي مشابهة لمتلازمة غرتسمان ستروسلر ويربط بعض العلماء بين المرضين ويسمّونهما متلازمة غرتسمان ستروسلر وشنايكر.

التطورات الحديثة

خلال عام 1995 أثبتت وحدة الرصد الوبائي في أدنبرة وجود 10 حالات من مرض كروتزفيلد جاكوب أظهرت أشكالاً سريرية مختلفة عن المعتاد تتلخص بما يلي:

1. معظم الحالات المتجمعة خلال منتصف وأواخر العشرينات، إثنان في المراهقة المتأخرة وواحدة في عمر 42 سنة.
2. بعض الحالات لديها تغيرات سلوكية في البداية.
3. أن تاريخ المرض طويل.

4. أن التطور المرضي على الدماغ مختلف في هذه الحالات.

ومن المتوقع أن يكون هناك أكثر من الحالات الجديدة المكتشفة ولكن يعتقد بأن الموجة الوبائية غير متوقعة الحدوث.

العوامل المسببة

ما زال العامل المسبب يوصف بأنه عامل راشح غير معروف، وقد وصف في البداية كفيروسات بطيئة، ومن ثم كبروتينات مستنسخة، وحديثاً تم تسمية هذه العوامل بأجسام البريون. وتتكون البريونات من أشكال غير طبيعية للبروتين النشوي، ترسو على السطح الخارجي للخلايا. والبريون بروتين نشوي مجرد من الحامض النووي، ولكن لا يستطيع هذا البروتين إنتاج نوع خاص من البروتين في الدماغ عند الأشخاص المعرضين له عندما يحصل التلامس بين البريون والبروتين الطبيعي في الدماغ كما هي الحالة لدى الفيروسات. ويقاوم البريون الحرارة الاعتيادية للطبخ وحتى الحرارة العالية المستخدمة في التعقيم، ويقاوم كذلك الانجماد والتجفيف وأشعة X وكذلك المطهرات الكيماوية.

إصابة الإنسان Human Involvement

إن إصابة الإنسان ممكنة للأسباب التالية:

1 ـ أثبتت التجارب أن مسبب مرض اعتلال الدماغ البقري الإسفنجي الذي كان يعتقد بأنه يصيب الأبقار فقط، ينتقل إلى أنواع أخرى كالأغنام والماعز والفئران والقطط.

2 ـ في الوقت الذي ظهرت فيه العلامات السريرية في الأبقار، كان هناك ألوف الأبقار التي ما زال المرض فيها في دور فترة الحضانة، ومعظم هذه الحالات ظاهرياً تبدو كأبقار سليمة. ومن الممكن أن تكون قد كونت جزءاً من غذاء الإنسان في الثمانينات.

3 ـ عدم إمكانية معاملة المسبب والقضاء عليه من خلال تعليب الأغذية وطبخها يدل على أن جميع الأشخاص، ومنذ ظهور اعتلال الدماغ قد تعرضوا للإصابة بالعامل المرضي.

إن التعرض للمرض يرجع إلى نوع المادة المستهلكة، وإلى تركيز العامل المسبب في الأنسجة المتنوعة. ونأمل أن يكون الحاجز الإنساني لانتشار العامل المسبب قوياً بحيث لا يساعد على عبور تراكيز عالية من العوامل المسببة. والجدير بالذكر، أنه منذ عام 1989 هناك شبهة حول احتمال احتواء بعض أنسجة الأبقار على تراكيز عالية من العامل المسبب (الدماغ، اللوزتين، الطحال..إلخ)، إلا أن الدراسات دلت على سلامة الأنسجة العضلية، وأن المخاطر من تناول لحم البقر في الوقت الحاضر هي أقل بكثير مما كانت عليه قبل أعوام.

الوقاية والمكافحة

1 ـ تقليل المخاطر المتوقعة في الحيوان

الحل هو القضاء على تعرض الأبقار إلى اعتلال الدماغ من خلال الغذاء والذي أثبت بأنه الطريق الوحيد للإصابة. ومنذ عام 1988 قامت بريطانيا بحظر استخدام جثث الأبقار لتحضير غذاء الأبقار. ولكن فترة الحضانة الطويلة 4-5 سنوات تجعل من المحتمل ظهور حالات بعد الحظر.

2 ـ تقليل المخاطر على الإنسان

- إن المخاطر على الإنسان تشير إلى أن الإصابة تحدث عند تعرض الإنسان إلى المنتجات المحضرة من الأنسجة المصابة. وإن الإصابة تكمن في الأنسجة القادمة من الدماغ والأنسجة الشبكية اللمفاوية. وقد حظّرت بريطانيا في عام 1989، وهي القطر الذي كان فيه المرض متوطّناً استخدام الدماغ، والحبل الشوكي، والغدة التوتية، الطحال، والأمعاء، ذات المصدر البقري في تحضير الأغذية للاستهلاك البشري، وهنالك مجموعة من الأنسجة كالعضلات المخططة، والقلب، والكلية، والغدد اللبنية في الثدي، واللبأ، والحليب ومن خلال ما هو معروف لم يتبيَّن وجود إصابة مكتشفة فيها حتى في الحيوانات المصابة.
- بما إنه لا توجد أي طريقة لتحضير الأطعمة فعالة تماماً في القضاء على العامل المسبب، سواء باستعمال الحرارة (الطبخ، البسترة، والتعقيم)، أو التجميد، أو التجفيف، أو التحميص أو التخمير، أو الإشعاع، فالطريقة الوحيدة إذن هي تجنب استعمال الأنسجة المصابة للطعام.
- اتباع الاحتياطات عند التعامل المهني مع المواد المصابة وتجنب حدوث الإصابة بالأدوات التي كانت على تلامس بالأنسجة المصابة. وهنالك تاريخ مرضي يدل على زيادة المخاطر عند المزارعين.
- الوقاية من استخدام المواد الطبية أو الأجهزة المصنوعة من منتجات الأبقار.
- تجنب الأنسجة التي سبق ذكرها والمحتوية على العامل المرضي (الدماغ، الغدة النخامية pituitary، الأمعاء الدقيقة وحتى المستقيم.... إلخ).

الإجراءات العالمية

1 ـ تسمح الإجراءات البيطرية بشكل مباشر أو غير مباشر باستيراد الحليب ومنتجاته والأصواف والجلود من الحيوانات السليمة من الأقطار التي أثبتت التقارير وجود حالات اعتلال الدماغ البقري الإسفنجي لديها.

2 ـ تتوقف إجراءات وشروط استيراد الأبقار وأجنتها، وبويضاتها، واللحوم الطازجة ومنتجاتها بحسب طبيعة كل بلد، وهل لديه نسبة إصابة عالية أم منخفضة. وحيث لا يوجد حظر على استيراد هذه المواد، هل يتم الإبلاغ الفوري حول أعمال التفتيش قبل الذبح وهل يتم مراقبة الذبح وتلف الأبقار المصابة ويبلّغ عن إتلاف الأنسجة العصبية واللمفاوية من جثث الأبقار.

الإجراءات المتخذة من قبل منظمة الصحة العالمية

بعد لقاءات منظمة الصحة العالمية وبعد الإجراءات المتخذة، يسود اعتقاد بأن مخاطر الانتقال إلى الإنسان قليلة بعد إدخال الإجراءات الاحترازية في المزارع والمجازر وفي تصنيع اللحوم، وفي ضوء المعلومات الجديدة حول 10 حالات مشابهة لمرض كروتزفيلد جاكوب تم الكشف عنها في 20/آذار مارس 1996.

دور ممرض صحة المجتمع في السيطرة على الأمراض المستجدة بصورة عامة

إن دور الممرض في هذا المجال هو منع حدوث الأمراض والحد من انتشارها والقضاء عليها في المنزل وفي المجتمع كما يلي:

أ ـ دور الممرض في إجراءات الوقاية

1. التوعية الصحية لفئات المجتمع، مثلاً النظافة الشخصية، وكيفية التخلص من القمامة، وتعقيم المياه، والحث على أخذ اللقاحات، وإرشاد العوائل حول أعراض الأمراض المستجدة وطرق الوقاية منها.
2. يقوم بالتحري والاستقصاء الوبائي للأمراض.
3. يتعاون مع الفريق الصحي للقيام بالنشاطات التي تمنع حدوث الأمراض، مثل إعطاء اللقاحات.
4. التعاون مع جميع قطاعات الدولة والمنظمات الجماهيرية المساندة بغية التنسيق من أجل تنفيذ الخطط الصحية، للوقاية من الأمراض المستجدة وضمن سياقات الرعاية الصحية الأولية.
5. القيام بزيارات منزلية وزيارات للمؤسسات التربوية والصناعية لإعطاء معلومات مفصلة عن الأمراض المستجدة وطرق الوقاية منها.
6. التعاون مع الفريق الصحي بإجراءات التحريات الوبائية في حالة ظهور إصابة.
7. الإخبار عند ظهور أي إصابة في المجتمع.

ب ـ دور الممرض في حالة تفشي أي مرض من هذه الأمراض المستجدة

1. الإخبار الفوري للسلطات الصحية عن أي إصابة.
2. جمع العينات والنماذج للفحص المختبري، مثل البول والبراز والقيء، والمواد الخمجية.
3. جمع المعلومات المتعلقة بالمرض والإحصائيات عن الإصابات.
4. التحري عن مصدر المرض وعن المشاكل الصحية والاجتماعية المتعلقة بذلك وإعداد تقرير ورفعه للجهات الصحية.

5. شرح طرق الوقاية من المرض وأهميتها لكافة أفراد العائلة وكذلك إعطاء اللقاحات للمخالطين إن وجدت للوقاية.
6. إجراء زيارات منزلية لأسرة المصاب والقيام بالتوعية الصحية حول أعراض المرض والوقاية منه.
7. التقيد بالإجراءات الوقائية لحماية نفسه والعاملين الصحيين الآخرين معه من الإصابة بالمرض.

أسئلة ونشاطات

1 ـ أجرِ مقارنة بين متلازمة العوز المناعي والتهاب الكبد الفيروسي نمط (ب) مبيناً أوجه التشابه والاختلاف بينهما.

2 ـ لو طلب منك أن تنظم برنامجاً للتوعية الصحية حول متلازمة العوز المناعي، من أين تبدأ؟ وما هي الشرائح في المجتمع التي تتوجه نحوها لكي تساعدك على نقل هذه التوعية الصحية للمجتمع؟ وضح ذلك بالأمثلة العملية.

3 ـ حاول أن تقارن بين أنماط التهاب الكبد الفيروسي من ناحية:

أ ـ فترة الحضانة، ب ـ طرق الانتقال ج ـ التشخيص د ـ المعالجة والوقاية.

وضح بعد هذه المقارنة النمط الذي له أهمية وبائية، مستعيناً بالأمثلة العملية.

4 ـ لو طلب منك أن ترتب محاضرة بسيطة وعملية لشرائح المجتمع من الذين هم ليسوا في الوسط الطبي تخبرهم فيها عن مرض جنون البقر وكيفية الوقاية منه، كيف ترتب هذه المحاضرة؟ وما هي النقاط المهمة التي تعرضها دون أن تسبب القلق أو الملل من محاضرتك؟ وضح ذلك.

5 ـ لو طلب منك أن تدرج الأمراض المستجدة (متلازمة العوز المناعي، التهاب الكبد الفيروسي بأنماطه المختلفة، مرض جنون البقر) ضمن المناهج الدراسية للدراسة الابتدائية والثانوية، فما هي النقاط العملية والمبسطة التي تدرجها ضمن المناهج الدراسية للدراسة الابتدائية والثانوية؟ ما هي النقاط العلمية والمبسطة التي تدرجها ضمن المناهج الدراسية للدراسة الابتدائية وكيف تطور هذه المفاهيم في مناهج الدراسة الثانوية حسب مدارك الطلبة؟ وكيف تجعل من الطلبة في كلا المرحلتين مثقفين صحيين لمجتمعهم حول أخطار هذه الأمراض وكيفية الوقاية منها؟ وضح ذلك بالأمثلة.

مراجع للاستزادة

(1) الدكتور محمد حلمي وهدان. وبائيات متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز). المكتب الإقليمي لشرق المتوسط/منظمة الصحة العالمية، الطبعة السادسة، (1995).

(2) اليوم العالمي للإيدز. رسالة إخبارية. البرنامج العالمي للإيدز، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية، العدد الأول (1995).

(3) مكتبة الإيدز المرجعية للمرضات. مكافحة العدوى. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية (1991).

(4) نشرة منظمة الصحة العالمية، 66(4): 443-455(1988). التقدم في مكافحة التهاب الكبد الفيروسي: مذكرة من لجتماع لمنظمة الصحة العالمية. نشرة منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، المجلد الثاني (1990).

(5) نشرة إعلامية 1996/4/24:4. مرض جنون البقر وخطره على الإنسان. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط. (1996).

(6) نشرة منظمة الصحة العالمية (بمناسبة الاحتفال بيوم الصحة العالمي الذي يصادف 1997/4/7: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، 1996/12/19.

(7) Mohamed H.Wahdan. AIDS- The Past, Press Future In The Eastern Mediterranean Region, Eastern Mediterranean Health Journal, Vol. No.1, (1995).

(8) Wahdan. Public Health Aspects of Human Animal Spongiform Encephalopathies. WHO, EMRO. (1996).

(9) Report On Intercountry Meeting. «Viral Hepatitis» ink Cairo, WHO, (1995).

(10) Mary Jo Clark, Nursing in the Community, Second Edition. Appleton Lange, USA. (1996).

الفصل الخامس

الأمراض الحيوانية المنشأ

تعتبر الأمراض الحيوانية المنشأ واحدة من أهم الأمراض التي تنتشر في المجتمع ككل ويواجهها ممرض صحة المجتمع حيث إنها من الممكن أن تصيب الإنسان على اختلاف الأعمار والفئات والمهن. لذا يعتبر التخطيط لبرنامج متكامل مع المختصين للوقاية من الأمراض حيوانية المنشأ ومكافحتها واحداً من أهم أدوار ممرض صحة المجتمع لأنه بالرغم من وجود حوالي 134 مرضاً ينتقل بين الحيوانات والإنسان، فإن أعداد الضحايا ليست صغيرة، وخاصة إذا أخذنا في الاعتبار الكثير من الأمراض التي لا تشخص تشخيصاً سليماً، وتصنف تحت بند حميات مجهولة المصدر وخاصة في البلدان النامية التي تفتقر إلى الخبرات اللازمة للأطباء والممرضين وأيضاً للأجهزة الحديثة التي تساعد على التشخيص السليم للأمراض.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سوف يكون القارىء قادراً على أن:

1 ـ يعرف ما هي الأمراض حيوانية المنشأ؛

2 ـ يعدد الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الأمراض؛

3 ـ يطبق معلوماته عن أسباب وأنواع الأمراض الحيوانية المنشأ في الاكتشاف المبكر لهذه الأمراض، وتلافي أسباب حدوثها؛

4 ـ يخطط لبرنامج متكامل مع المختصين للوقاية من الأمراض حيوانية المنشأ ومكافحتها.

تعريف الأمراض الحيوانية المنشأ

هي الأمراض التي تنتقل في الظروف الطبيعية بين الحيوانات الفقارية والإنسان، وتنتقل هذه الأمراض بإحدى الطرق التالية:

1 ـ الإنسان ـ عائل وسيط ـ الإنسان.
2 ـ الحيوان ـ عائل وسيط ـ الإنسان.
3 ـ الإنسان عائل وسيط ـ حيوان ـ الإنسان.

الأسباب وعوامل الخطر المرتبطة بحدوث المرض

يتعرض الإنسان بمختلف أعماره وفئاته ومهنه إلى الإصابة بأمراض حيوانية المنشأ بشكل أو آخر، فعلى سبيل المثال:

- يتعرض الأطباء والممرضات بصفة خاصة إلى ما يقرب من ثلث (40%) جميع ما يعرف من الأمراض البكتيرية والحيوانية المنشأ، وقد يتعرضون بصفة خاصة لداء الكلب rabies والحمى الصفراء yellow fever وداء السلمونيلات salmonellosis؛
- أما العاملون بمجال الزراعة من مزارعين ومهندسين زراعيين ومفتشي المواشي فمن الممكن أن يصابوا ببعض الأمراض مثل داء البروسيلات (الحمى المالطية) brucellosis والكزاز tetanus وحمى الربع Q-fever والتيفوس typhus وداء الكلب. وداء السلمونيلات وبعض الحميات النزفية الوبائية؛
- ويتعرض العاملون في صناعات الألبان وتجهيز اللحوم ومنتجاتها والقائمون على ذبح الحيوانات إلى مخاطر أمراض كثيرة مثل داء البروسيلات وداء السلمونيلات والكزاز والحمى الراجعة relapsing fever والسل tuberculosis وحمى الربع (كيو) وحمى وادي رفت Rift Valley fever وغيرها.

طريقة نقل العدوى: من الحيوانات المصابة إلى الإنسان عن طريق:

1 ـ البلع: أي طعام ملوث أو شرب لبن غير مغلي أو منتجات ألبان حديثة الصنع من حيوانات مصابة.

2 ـ اللمس: التعامل مع لحوم حيوانات مصابة أو البول أو الجثث الخاصة بهذه الحيوانات، فقد يدخل الميكروب عن طريق الجلد أو الأغشية المخاطية للأنف والفم أو العينين.

3 ـ الاستنشاق: عن طريق استنشاق أتربة ملوثة بالبروسيلا المفرزة مع إخراجات الحيوانات المصابة.

فترة الحضانة: غالباً في حدود 4 أسابيع.

دور ممرض صحة المجتمع في الوقاية من مرض البروسيلات

أ ـ منع المرض عند الحيوانات عن طريق:

- متابعة فحص الحيوانات لاكتشاف الحالات بينها ثم عزلها أو ذبحها بواسطة الأطباء البيطريين.

- التطعيمات الدورية للحيوانات.
- تربية الماشية في بيئة نظيفة.

ب ـ الوقاية من المرض عن طريق العمل على:

- ارتداء الملابس الواقية أثناء العمل.
- العناية بالتعامل مع الحيوانات النافقة وأجزائها.
- النظافة الشخصية وخاصة عند التعامل مع هذه الحيوانات وغسل المناطق المعرضة للملامسة مع نفايات الحيوانات المصابة.

ج ـ التثقيف الصحي اللازم للوقاية من المرض وأعراضه خاصة للمزارعين والعاملين في المجازر.

د ـ منع العدوى عن طريق الهواء عبر التهوية الجيدة وإبادة الحيوانات المصابة.

دور ممرض صحة المجتمع في مكافحة مرض البروسيلات

1 ـ العمل على الكشف المبكر للمرض وتبليغ الوحدات الصحية بهذه الحالات.
2 ـ العزل اللازم لمنع انتشار المرض.
3 ـ التطهير اللازم والبحث عن مصدر العدوى وعلاجها أو ذبحها.
4 ـ العلاج المناسب من المضادات الحيوية للقضاء على البكتيريا.
5 ـ متابعة المرضى لضمان الشفاء التام ومنع حدوث نكسات معدية.

التخطيط لبرامج الوقاية والعلاج من الأمراض الحيوانية المنشأ

أولاً ـ الوقاية

الحجر الصحي

يعني الحجر الصحي تحديد الإقامة والحركة بالنسبة للإنسان أو الحيوان أو الطائر، لفترة محددة (فترة حضانة المرض)، قد تطول أو تقصر لإعطاء الوقت اللازم للعدوى الكافية لتظهر بوضوح على العائل لإمكان التعامل معها بالعلاج. وعلى سبيل المثال يكون الحجر الصحي لمرض السعار (داء الكلب) 6 شهور. أما الحمى القلاعية فالحجر الصحي لها 21 يوماً فقط. وخلال فترة الحجر الصحي يتم مراقبة الإنسان أو الحيوان أو الطائر مراقبة دقيقة لاكتشاف أي عرض من أعراض المرض ويتم علاج الإنسان إذا أمكن أو ترحيله إذا خشي على انتقال المرض داخل البلاد وحماية للصحة العامة.

أما بالنسبة للطيور أو الحيوانات فيتم فحصها أيضاً لوجود أمراض طفيلية أثناء فترة

الحجر الصحي، لتقديم العلاج المناسب أو إعدام من يثبت وجود أعراض مرضية عليه يخشى على صحة الإنسان أو المجتمع منها.

الصحة البيئية

بالنسبة للإنسان:

ويقصد هنا توفير البيئة الصحية اللازمة للإنسان من حيث:

- المسكن الصحي الذي يتناسب مع عدد أفراد الأسرة.
- التهوية الجيدة صيفاً وشتاء.
- التخلص الصحي من الفضلات الآدمية.
- توفير مصدر مياه نقية، صالحة للاستهلاك الآدمي.
- التخلص من الحشرات الزاحفة والقوارض.
- التخلص من الحيوانات الضالة بالطريق.
- الاهتمام بنظافة الطعام وطرق تقديمه.
- الاهتمام بالنظافة العامة.

بالنسبة للحيوانات:

يجب مراعاة نظافة أماكن مبيت الحيوانات كالإسطبلات والحظائر بصفة منتظمة ودورية، كما يجب مراعاة ما يلي:

- الكشف الدوري البيطري الدقيق على كل الحيوانات.
- تقديم التغذية السليمة والكافية.
- اختيار حيوانات سليمة وقوية لإنتاج اللحوم والألبان.

التطعيم الجماعي

- ويتم ذلك عند السفر من أو إلى مناطق موبوءة ببعض الأمراض.
- تطعيم الإنسان (أو الحيوان) ضد هذه الأمراض وتقديم شهادة التطعيم الخاصة مع أوراق السفر للمسؤولين في المطارات والموانىء، مثال ذلك التطعيم ضد الحمى الصفراء yellow fever للمسافرين إلى المناطق الموبوءة بها مثل جنوب ووسط أمريكا وبعض المناطق الاستوائية بأفريقيا.

العلاج الوقائي

وهو توفير الوقاية اللازمة بالتمنيع النوعي أو بالدواء ويتم ذلك بإعطاء بعض الأدوية والعقاقير لتقليل احتمال ظهور الإصابة، مثل مركبات السلفا وبعض الفيتامينات والمطهرات لإزالة الطفيليات الخارجية.

التوعية الصحية

وتشمل إعطاء الإرشادات الصحية للأفراد والجماعات لتحسين عاداتهم اليومية وزيادة معلوماتهم اللازمة للوقاية من الأمراض مثل:

1 ـ النظافة الشخصية من حيث الملبس والمأكل.

2 ـ نظافة المسكن والاهتمام بالقضاء على الحشرات والقوارض.

3 ـ الطرق السليمة لطهو وحفظ الطعام لضمان عدم انتقال الأمراض من اللحوم ومنتجاتها إلى الإنسان مثل ما يحدث في بعض الأمراض الطفيلية.

4 ـ تحسين بيئة العمل لعدم انتقال الأمراض الحيوانية المنشأ بسبب سوء ظروف العمل.

5 ـ ارتداء الملابس الواقية عند اللزوم.

6 ـ اتباع الأساليب المهنية المأمونة في العمل.

7 ـ الفحص الدوري للعاملين في أي مجال يعرض العاملين للإصابة بأحد الأمراض الحيوانية وخاصة في مجال الطب البيطري.

ثانياً ـ العلاج

يعتمد على الاكتشاف المبكر للمرض للحيلولة دون انتشاره والقضاء على مصادر العدوى ومستودعات المرض، واستبعاد وعزل الحيوانات التي تثبت إصابتها وإما علاجها علاجاً بيطرياً دقيقاً وحازماً وإما إعدامها والتخلص منها بالطرق الصحية السليمة. وأخيراً التخلص من القوارض لشدة خطورتها على الإنسان فهي المسئولة عن بعض الأمراض المشتركة مثل التيفوس والطاعون.

دور ممرض صحة المجتمع في مكافحة الأمراض الحيوانية المنشأ

لممرض صحة المجتمع دور أساسي تثقيفي وتعليمي لمكافحة الأمراض الحيوانية المنشأ ويشمل:

أولاً ـ التقييم

يجب دراسة المجتمع الذي يعمل به ممرض صحة المجتمع لتقدير مدى ونوعية الأمراض الحيوانية المنشأ المنتشرة بالمجتمع وخطورتها وذلك من خلال:

1 ـ دراسة السجلات الطبية الموجودة بها هذه الحالات

2 ـ أخذ رأي المختصين من أطباء وممرضين وخلافه عن الحالات التي يصادفونها أثناء العمل اليومي ومدى انتشار هذه الحالات.

3 ـ المقابلة الشخصية للأفراد بالمجتمع لبيان وجهة نظرهم في هذه الأمراض ومدى معلوماتهم الشخصية عنها وكيفية الوقاية والعلاج منها.

4 ـ دراسة البيئة المحيطة بهم وأنواع الحيوانات المنتشرة بالمجتمع لتلافي خطرها.

ثانياً ـ التخطيط

بعد جمع البيانات اللازمة يجب على ممرض صحة المجتمع أن يحلل هذه البيانات لاختيار الأولويات لحل هذه المشكلات. ويعتمد اختيار الأولويات على العناوين التالية:

- عدد الأفراد الذين يتأثرون بهذه المشكلة.
- المشكلات المترتبة على هذه المشكلة.
- إمكانية حل المشكلة.

ثم يأتي دور الإمكانات فيجب عليه أن يحدد:

1 ـ فريق العمل وتدريب الأفراد.

2 ـ الأموال اللازمة للعمل.

3 ـ الخامات اللازمة للعمل.

ويبدأ الخطة بوضع الأهداف والتي تدور حول:

- توفير بيئة سكنية صحية للأفراد.
- توفير بيئة سكنية صحية للحيوانات.
- مراعاة الطرق العلمية في تربية وعلاج المواشي.
- القضاء على الحشرات الزاحفة والطائرة والحيوانات الضالة والمريضة والتي قد تكون أحد أسباب نقل العدوى.
- الاكتشاف المبكر للحالات ومتابعتها لضمان العلاج السليم.
- تحويل الحالات للأخصائيين لمتابعتهم.
- إجراء ندوات ومقابلات تثقيفية من خلال المقابلة الشخصية أو الندوات العامة لإعطاء جرعات تثقيفية عن:

1 ـ الأمراض الحيوانية

2 ـ كيفية الوقاية منها.

3 ـ كيفية اكتشاف أي حالة مبكراً وقبل حدوث أي مضاعفات.

4 ـ الاستعمال الأمثل للأدوية

ويجب أن يكون هناك قائد للفريق لمتابعة العمل أولاً بأول وتعريف كل فرد بدوره في هذه الخطة.

ثالثاً ـ التنفيذ

يجب على ممرض صحة المجتمع أو قائد فريق العمل متابعة العمل أولاً بأول وتنفيذ الخطة الموضوعة ومراعاة الزمن اللازم لتنفيذ كل هدف.

رابعاً ـ التقييم

ويتم التقييم عادة بقياس ما تم إنجازه من أهداف في الزمن المحدد لكل هدف على أن يتم ذلك على فترات متقاربة لتسهيل القيام بأي تغيير مطلوب لتحسين الأداء والوصول إلى الأهداف في أقصر وقت ممكن.

مراجع للاستزادة

(1) Clemen-Stone, Susan; Eigsti, D.G.; Mc Guire, S.L., «Comprehensive Community Health nursing: Family Aggregate and Community Practice» 4th ed., Mosbey Co., London, Toronto, (1995).

(2) Farmer, Richard, Miller, David «Lecture Notes on Epidemiology Public Health medicne» 3rd ed., Oxford, Blackwell Scientific Publication, London, (1991).

(3) Gordon, John E., «Control of Communicable Diseases in Man» 10th ed., New York, The American Public Health Association, (1965).

(4) Green, Lawrence W. Smith, L.H: Bennett, J.c., :CECIL textbook of Medicine», 9th ed., W.B. Sounders Co., London, Manterial. (1992).

الوحدة الثامنة

مشاكل صحية ذات أهمية خاصة

الفصل الأول ـ إدمان المخدرات والمسكرات

الفصل الثاني ـ الحوادث

الفصل الثالث ـ المشاكل التغذوية

الفصل الأول

إدمان المخدرات والمسكرات

عرفت الكحوليات والمخدرات منذ آلاف السنين، إلا أن تأثيرها على الناس عرف عن طريق الملاحظة وكانت المعرفة الحقيقية للآثار الجسمانية والنفسية والاقتصادية والاجتماعية موضع الدراسة خلال القرون الأخيرة. فالمظاهر النفسية والاجتماعية والبدنية تتفاوت تفاوتاً واسعاً، تبعاً للمادة التي يتم تعاطيها والكميات المتناولة وتواتر التعاطي، وغير ذلك من عوامل أخرى كسن المتعاطي وصحته البدنية.

وتشكل معاقرة المخدرات والمسكرات الآن مشكلة خطيرة تتعلق بالصحة العمومية والنواحي الاجتماعية والاقتصادية في بلدان كثيرة، بل إن الوضع يزيد حدة في البلدان النامية. والعواقب الضارة لمعاقرة هذه المواد عديدة ويمكنها أن تؤثر في الفرد والأسرة والمجتمع. فهي يمكن أن تكون بدنية (الالتهاب الكبدي)، أو نفسية (الاكتئاب والانتحار)، أو اجتماعية (الجريمة). والجدير بالذكر أن الأشخاص الذين يدمنون المخدرات الكيميائية يعانون من اعتلال الصحة، وبالتالي فهم يستفيدون من خدمات الرعاية الصحية، وهذا ما يجعل محيط الرعاية الصحية صعيداً مثالياً للتعرف على هذه المشكلات ومعالجتها.

في هذا الفصل سوف نبين هذه المشكلات المحددة ونتعرف على الفئات الأكثر عرضة لخطر المخدرات والمسكرات، ونناقش استراتيجيات الوقاية والمكافحة ودور الممرض في رعاية المدمنين وأسرهم.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سوف يكون القارىء قادراً على أن:

1 ـ يشرح مفهوم الإدمان ويزيد الوعي بمشكلات المخدرات والمسكرات؛

2 ـ يتعرف على أنواع الإدمان الأكثر انتشاراً؛

3 ـ يتعرف على الفئات المعرضة للخطر؛

4 ـ يناقش استراتيجيات الوقاية والمكافحة للمدمنين؛

5 ـ يحدّد دور الممرض في رعاية المدمنين؛

6 ـ يتعرف على الخطط الهامة لمكافحة ظاهرة انتشار المخدرات والمسكرات في مجتمعنا العربي.

مفهوم الإدمان Dependence

الإدمان كما عرّفته منظمة الصحة العالمية سنة (1991) هو «حالة نفسية أحياناً ناتجة عن تفاعل بين كائن حي وعقار مخدر، ويتميّز بسلوك واستجابات قهرية لتعاطي المخدر بشكل متواصل أو على فترات وذلك لتجربة آثاره النفسية وأحياناً لتجنب الشعور بعدم الارتياح الناتج من عدم تعاطيه».

المدمنون Drug Dependent

المدمنون هم أفراد لديهم استعداد للاستجابة للمخدرات ولديهم دافع قوي على الاستمرار والتكرر والاعتماد. وهؤلاء الأفراد لا يملكون القدرة على المواجهة مباشرة مع الحياة، وينطلق المدمنون في صراعات غير حاسمة بين الاستقلال الذاتي والاعتماد الذي يحد من قدراتهم على التعلم والنمو.

أنواع الإدمان الأكثر انتشاراً

إن أصناف أو مجموعات المواد المؤثرة نفسياً التي يمكن أن يساء استعمالها وتكون مسبباً للوقوع في مشكلات معقدة، هي كثيرة ومتنوعة. وهي تصنف كالتالي: (1) المخدرات، (2) الأفيونات، (3) المنبّهات، (4) المهلوسات، (5) الحشيش، (6) النيكوتين، (7) النشوقات الطيارة.

تعاطي المسكرات

تزايدت على مدى الأربعين سنة الأخيرة نسب الشباب الذين بدأوا يتعاطون المشروبات الكحولية، وزادت كميات ومرات تعاطيهم للمسكرات، كما انخفضت السن التي يبدأ عندها التعاطي. فالفروق التي كانت تفصل بين الثقافات، وبين الجنسين، وبين الطبقات الاجتماعية، آخذة في الزوال نظراً إلى تزايد تعاطي الشباب في البلدان الصناعية والبلدان النامية على السواء للمسكرات وإدمانها. ويثير الإفراط في تعاطي المسكرات مشاكل صحية عديدة ويقلل من متوسط العمر المتوقع. إذ يتعرض المفرطون في تعاطي المسكرات بدرجة أكبر لخطر الإصابة بالسرطان والقرحات ومرض القلب وضمور العضلات وسوء التغذية وتشمع (تليف) الكبد الذي يشكل سبباً رئيسياً للوفاة في عدد من البلدان. والحامل التي تتعاطى المسكرات تعرض جنينها، بدرجة أكبر، لخطر الإصابة بتلف الدماغ ونقص النمو، والتخلف العقلي نتيجة ارتفاع مستويات الكحول في مجرى الدم. بيد أن تعاطي المسكرات لا يؤثر على الجسم فحسب، وإنما يؤثر في السلوك أيضاً. وفي المدى الأطول تزيد احتمالات معاناة معاقري المسكرات من الآثار الاجتماعية المتمثلة في فقدان الأصدقاء، وعدم

استقرار الحياة الزوجية وإساءة معاملة الأبناء، والفشل في مجال الدراسة والرياضة والعمل. وغالباً ما يؤدي السكر الشديد الذي يتساوى من حيث الأهمية مع التعاطي المزمن، إلى الاستخفاف بالمحظورات التي كان يمكن لولاه الحؤول دون وقوع السلوك الجنسي الخطر. وهذا السكر الشديد هو المسؤول إلى حد كبير عن العدوانية والجريمة والسلوك الانتحاري والحوادث التي تقع في الطريق وفي المنزل والتي تشكل سبباً رئيسياً للعجز والتشوه والوفاة في سن الشباب.

ويعتبر تعاطي المسكرات طريقة لمحاولة الظهور بمظهر الكبار، يشجع عليها وجود نماذج لها بين أفراد الأسرة الأكبر سناً، والشخصيات الهامة التي تسلط عليها الأضواء في وسائل الإعلام. فإذا كانت الأسرة مفرطة في التساهل، أو تسودها الخلافات، فإن الخطر يكون أكبر. كما أن تعاطي المسكرات له صورة إيجابية زائفة بين الشباب من حيث ارتباطه بصلابة العود والتمرد والجانبية والروح الاجتماعية. وهم يتعاطون المسكرات كما يفعل من يكبرهم سناً كطريقة سريعة لإزالة القلق. ونظراً إلى أن تعاطي المسكرات يبدّد العقل، فإنهم حتى لو عرفوا الآثار الآجلة لتعاطيها، وهي في الغالب غير معروفة لديهم، فإنهم قد يقللون من أهميتها أو يتجاهلونها. وينصرف بعض الشباب إلى تعاطي المسكرات طلباً للتنفيس عن انفعالاتهم، عندما يعجزون عن تحمل الضغوط التي تطالبهم بإنجاز بعض المهام التطورية للنمو سواء داخل الأسرة، أو في العلاقات الاجتماعية، أو في المدرسة، أو في السعي للحصول على العمل أو في أدائه.

معاقرة المخدرات

تشكل معاقرة المخدرات خطراً صحياً على الشباب بصفة خاصة. وفي حين أن جميع فترات التاريخ تزخر بتعاطي الكبار لنوع أو آخر من المخدرات، إلا أنه أصبح يرتبط في العقود الأخيرة بالثقافة المضادة المتعلقة بالشباب بصفة خاصة تمرداً على التقاليد وسعياً وراء التجارب الجديدة. ولكن ما كان مقتصراً حتى في الأعوام الأخيرة على أعداد ضئيلة نسبياً أو على مناطق جغرافية معينة، أصبح وباءً في كثير من أنحاء العالم، وخاصة بين الشباب، حيث انخفض متوسط عمر المتعاطين في السنوات الأخيرة، كما أصبح تعاطي مخدرات متعددة أكثر شيوعاً. ومن المحتمل أن تؤدي في الغالب معاقرة مخدر واحد إلى معاقرة مخدرات متعددة سعياً للحصول على تأثيرات أقوى وأقوى تترتب عليها آثار أكثر خطورة.

وتتخذ المخدرات أشكالاً عديدة، ومع أن تعاطي الأفيون ظل يحدث بانتظام في أجزاء من آسيا منذ آلاف السنين، فإن الهيروين، وهو مشتق منه، أصبح مؤخراً يشكل تهديداً خطيراً على الصحة وعلى حياة الشباب في جميع أنحاء العالم. ويستعمل المسكالين وحبوب الهلوسة من أجل تأثيراتهما المهلسة، كما تستخدم الكوكا والقات كمنبّهات لها قدرة عظيمة على إحداث شعور بالنشاط لدى الشباب الذين يعانون من فقر شديد، أما المقيمون بالأحياء الفقيرة من المدن فهم يلجأون إلى المذيبات التي يمكن أن توجد في المواد المستعملة يومياً.

ويترافق تعاطي الشباب للمخدرات مع كثير من الأخطار الصحية. إذ يرتبط حدوث حالات الذهان في المراهقة بمعاقرة المخدرات. وتشمل المخدرات المعروفة بتعجيل ردود الفعل الذهانية الأمفيتامينات والمواد المهلسة، وبعض المتعاطين يظلون في حالة ذهانية تتميز بسلوك لا يمكن التمييز بينه وبين سلوك المصابين بالفصام المزمن. كما أن المداومة على تعاطي المخدرات قد تعوق التطور، وقد تشجع على السلوك البالغ الخطورة، وترتبط بمحاولات الانتحار والحوادث المسببة للوفاة أو العجز بسبب قدرتها على تغيير ردود الفعل الإدراكية والنفسية والحركية. كما أن تعاطي المخدرات عن طريق الحقن جلب معه خطراً صحياً مميتاً جديداً هو عدوى فيروس العوز المناعي البشري التي تؤدي إلى الإصابة بالإيدز عن طريق المشاركة في استعمال الإبر التي يستعملها المصابون بالعدوى. ويشترك متعاطو المخدرات مع مدمني المسكرات في احتمالات الفشل في مناح عديدة، في المدرسة، وفي العلاقات، وفي العمل. وقد اتجه العديد من الشباب إلى الجريمة والدعارة للإنفاق على ما يلزمهم من المخدرات.

ومن بين العوامل التي يشيع ارتباطها بمعاقرة المخدرات تساهل الأسرة والأتراب أو موافقتهم الإيجابية، وضعف رقابة الوالدين وتسيبهما، وسهولة الحصول على المخدرات، والطرد من الأسرة. وبصفة عامة فإن الأبطال الذين يعجب بهم الشباب يوجدون في عالم الترفيه والرياضة. ويشاهدون ويسمعون في جميع أنحاء العالم متجاوزين الحواجز اللغوية والثقافية، وفي حين يشكل كثير من المشاهير المحبوبين قدوات صالحة يحتذيها الشباب، فإن من يتعاطون المخدرات منهم ينالون قسطاً وافراً من الشهرة.

التعرف على الفئات المعرضة للخطر

لا يلجأ كل من لديه مشكلة من مشكلات تعاطي المخدرات إلى طلب المساعدة الصحية وكثيرون من أصحاب هذه المشكلات يحضرون إلى الخدمات الصحية بطريق غير مباشر، حيث تكون مشاكلهم ذات طبيعة طبية أو اجتماعية. ويجب على ممرض صحة المجتمع معرفة بعض المؤشرات التالية التي تشكّل دليلاً على احتمال وجود مشكلة ذات صلة بالمخدرات.

- حالات طبية ترتبط بمعاقرة المخدرات والمسكرات، مثل التهاب البنكرياس وأمراض الكبد والتهاب المعدة وغثيان الصباح.
- جرعة مفرطة من المخدرات (محاولة الانتحار أو تسمم طارىء).
- بعض الأعراض النفسية (قلق، أو اكتئاب، أو نوبات هلع، أو ذهان كبريائي «جنون العظمة»، أو فقد ذاكرة، أو العنف أو التصرف الشاذ أو «ذهان psychosis»).
- الأحوال السابقة بمريض أدخل المستشفى كحالة طارئة، لاسيما المرتبطة بإصابات، أو فقد الوعي.
- مشاكل قانونية متصلة بحالات السكر (كمخالفات قيادة السيارات تحت تأثير الخمر).

- نوبات صرع تحدث للمرة الأولى بعد المراهقة.
- تاريخ لتغيرات متطرفة في مستوى الأداء في العمل أو المنزل أو تغير مفاجيء في الشخصية.
- إظهار اهتمام زائد بأدوية معينة، أو استخدام تذاكر طبية مزيفة.
- سجل لتكرار التغيب عن العمل.

دور ممرض صحة المجتمع في رعاية المدمنين وأسرهم

لقد أحرزت خدمات الرعاية الصحية التخصصية تقدماً عظيماً في السنوات الأخيرة، ولكن تأثير هذه الإنجازات كان قليلاً نسبياً في مجال الوقاية من الإدمان، خاصة على مستوى المجتمع.

ويعمل ممرضو صحة المجتمع وفريق صحة المجتمع عادة داخل مواقع محددة تماماً يعرفونها تمام المعرفة، وهم على اتصال وثيق بأعضاء المجتمع، بمن فيهم قادته، والأفراد الرئيسيين الذين يعملون في مختلف القطاعات كالتعليم والخدمات الاجتماعية. لهذا السبب فإن تمريض صحة المجتمع يحتل مركزاً مثالياً يمكنه من القيام بدور رئيسي في أنشطة الوقاية وتقليل الضرر في مجال تعاطي المواد المخدرة والمسكرات في المجتمع. والجدير بالذكر أن دور الممرض لا يكتمل إلا بالتعاون مع الفريق الصحي والقطاعات أو الجهات الأخرى التي تشترك في مجال الوقاية من إدمان المخدرات والمسكرات في المجتمع.

ومن الممكن تصنيف دور ونشاطات الممرض في الوقاية من المخدرات حسب مستويات الوقاية الثلاثة التالية:

1- **الوقاية الأولية** التي تهدف إلى منع ظهور حالات جديدة لإدمان المخدرات والمسكرات بتقليل استهلاك المواد المخدرة والمسكرات عن طريق تعزيز الصحة. ويمكن لخدمات الرعاية الصحية الأولية تلبية حاجات الناس وإبقاء الرعاية الصحية للأفراد والأسر في منازلهم أو أماكن عملهم، وبتطوير خدمات الرعاية الصحية الأولية الموجهة نحو مشاكل إدمان المخدرات والمسكرات. ولابد لممرضي صحة المجتمع من مباشرة الأنشطة التالية:

- التعرف على المواد المخدرة التي يجري تعاطيها في المجتمع حالياً.
- التعرف على أساليب إدمان المخدرات والمسكرات في المجتمع.
- نشر المعلومات المناسبة عن المخدرات والمسكرات في المجتمع.
- دمج عمل الرعاية الصحية الأولية مع أعمال المجموعات الأخرى مثل المدرسين، والشرطة، والمندوبين الحكوميين في المنطقة، ورجال الدين، والنوادي والمتطوعين.

2 ـ **الوقاية الثانوية** التي تحاول اكتشاف الحالات مبكراً ومعالجتها قبل أن تسبب المضاعفات الخطيرة حدوث عجز.

- التعرف على التأثيرات المباشرة لمعاقرة المخدرات والمسكرات. وتختلف التأثيرات إذا ما جمع بين المواد المخدرة في تعاطيها: فمثلاً أصبح من الشائع في مدن الأنديز أن يدخن الكوكايين أو يتنشق لإبطال تأثيرات تعاطي المسكرات، وأن تشرب المسكرات للسيطرة على القلق أو الذهان الكبريائي اللذين يثيرهما الكوكايين.
- التعرف على الإدمان الضار والمجموعات المعرضة لمخاطر عالية، وكثير ما يصعب وضع حد فاصل بين المأمون والضار في تعاطي بعض المواد المخدرة. فعلى سبيل المثال، يكون شرب لتر أو لترين من البيرة مأموناً نسبياً، ولكن هذه الكمية يمكن أن تصبح مؤذية إذا أخذت يومياً لمدة سنوات عديدة. وبعض الناس يجازفون مجازفة خطيرة جداً تلحق الأذى بأنفسهم أو بغيرهم إذا هم أدمنوا المخدرات والمسكرات. ومن هؤلاء: النساء الحوامل، وسائقو السيارات والقائمون على تشغيل الآلات.

3 ـ **الوقاية الثالثية** التي تهدف إلى درء حدوث حالات عجز إضافية وإعادة إشراك الأشخاص الذين تضرّروا من مشاكل وخيمة مرتبطة بالمواد المخدرة والمسكرات في المجتمع مرة أخرى.

- التعرف على شؤون المرضى وتدبر شؤون أولئك الذين يعانون من حالات حادة تلزم معالجتها من دون تأخير.

وتظهر بعض الحالات الحادة المتصلة بمعاقرة المخدرات والمسكرات فجأة في شكل مشاكل طارئة. وأعظم هذه الحالات إثارة هي الهذيان الارتعاشي، ونوبات الصرع والسلوك المتسم بالتخليط أو الهياج، والذهان الكبريائي، ومحاولات الانتحار وغيرها من الحالات.

- التعرف على شؤون المرضى وتدبر شؤون أولئك الذين لديهم مشاكل إدمان المخدرات والمسكرات وتلزم إحالتهم إلى خدمات أخرى.

وتظهر بعض الحالات المرتبطة بمعاقرة المخدرات والمسكرات يجب أن تعالج في مستشفى. ومن أمثلة ذلك، الصرع، وتشمع الكبد، والقرحة الهضمية والأمراض الرئوية ومتلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز) والتهاب الكبد وبعض الحالات النفسية التي يجب أن تحال إلى خدمة تخصصية.

- التعرف إلى مشاكل الأسرة المتصلة بمعاقرة المخدرات والمسكرات والعمل على تخفيضها.

خطط وبرامج مقترحة لمكافحة ظاهرة انتشار المخدرات والمسكرات على مستوى المجتمع

1 ـ البرنامج التربوي Educational Program

إن الإدمان على المخدرات والمسكرات من أخطر المشكلات التي تواجه الفرد والأسرة والمجتمع. لذا علينا توجيه أولياء الامور وتعليمهم الطرق السليمة في معاملة أطفالهم.

من أسباب الإدمان:

- ضعف الرقابة الأسرية
- الخلافات الأسرية
- رب الأسرة المدمن

ويهدف البرنامج التربوي إلى

1 ـ تعليم الطفل العادات الصالحة والتقاليد والقيم ومبادىء الدين الحنيف.
2 ـ معاملة جميع أفراد الأسرة معاملة عادلة وعدم التفرقة.
3 ـ إكساب الطفل الإحساس بالثقة التي تمكنه من اتخاذ المواقف الجيدة.
4 ـ ابتعاد الوالدين عن الخلافات الزوجية قدر الإمكان.
5 ـ إعطاء الطفل الحنان والأمان.

2 ـ البرنامج الوقائي Preventive Program

من أسباب الإدمان:

- أصدقاء السوء
- ضعف الوازع الديني
- توفر المخدرات

ويهدف البرنامج الوقائي إلى:

1 ـ توجيه حملة تعليمية للمعلمين والطلبة وأولياء أمورهم.
2 ـ توفير معلومات وافية عن مخاطر الإدمان على المخدرات والمسكرات بصورة مدروسة قبل نشرها.
3 ـ تقوية الوازع الديني في الأسرة والمدرسة.
4 ـ ملء الفراغ للطلاب بهوايات مفيدة وهادفة مثل الرياضة والمشاركة في أعمال تساهم في خدمة المجتمع.
5 ـ قيام المؤسسات والهيئات الحكومية في محاربة تجار المخدرات وتقوية دور الإعلام في التعليم والإرشاد لمكافحة انتشار ظاهرة الإدمان.

3 ـ البرنامج العلاجي Curative Program

من أسباب الإدمان:

- ضغوط عائلية وبعض الاضطرابات النفسية
- معتقدات خاطئة

- مشاكل أسرية

ويهدف البرنامج العلاجي إلى:

1 ـ بناء وتطوير مراكز معالجة المدمنين مع توفير المواد الطبية والنفسية والاجتماعية اللازمة وإمدادها بجميع الإمكانات المادية اللازمة.

2 ـ تعزيز قوة الإيمان في الفرد وذلك للتخلص من الإدمان.

3 ـ استخدام المجموعات العلاجية على نطاق واسع.

4 ـ مساعدة المدمن للارتقاء إلى مستوى المشاركة في حل مشكلته ومنحه فرصة لتحويل قدراته نحو الجماعة.

5 ـ إشراك الأسرة في المجموعات العلاجية الآنفة الذكر لتوجيههم في كيفية معاملة المدمن بعد تأهيله (المعالجة العائلية).

4 ـ البرنامج التشريعي Legislative Program

ظهرت تطورات تشريعية لمواجهة جرائم المخدرات حيث قامت جهود حثيثة مثل وزارات الداخلية في معظم البلاد العربية في إصدار قوانين مختلفة بشأن مراقبة التداول في المواد والمستحضرات المخدرة واستعمالها، كذلك احتوت هذه القوانين العقوبات المترتبة على تعاطي وحيازة الاتجار بالمواد والمستحضرات المخدرة. ومن أهم الجهود في مكافحة المخدرات هي:

- إحكام مراقبة منافذ البلاد الجوية والبرية والبحرية لمنع دخول المواد المخدرة سواء بهدف ترويجها داخل البلاد أو للمرور بها لدول أخرى.
- تقرير إجراءات التحري والمراقبة في أماكن اللهو والأندية والتجمعات الشبابية لمنع ترويج المخدرات فيها.
- تقرير إجراءات المكافحة التي تستهدف عصابات وأفراد التهريب والترويج.
- تقرير التعاون الإقليمي والدولي في مجال مكافحة المخدرات والوقاية منها وتطوير التعاون بين أجهزة المكافحة في الدول العربية والدولية.

أسئلة ونشاطات

1 ـ ما هي مشاكل المجتمع التي تسببها المواد المخدرة؟ واذكر أمثلة تحدد فيها أنواع المشاكل في مجتمعك. هل هناك مشاكل صحية، أو مشاكل سلوكية، أو مشاكل أسرية أو مشاكل أخرى في العمل، أو مشاكل مالية أو مشاكل قانونية؟

أمثلة عن مشاكل المجتمع التي تسبِّبها المواد المخدّرة:

1. مشاكل صحية
2. مشاكل سلوكية

3. مشاكل أسرية
4. مشاكل مالية
5. مشاكل قانونية

2 ـ اذكر القطاعات أو الجهات التي يمكن أن تشترك في مجال الوقاية من إدمان المخدرات والمسكرات ومكافحتها.

3 ـ حدد وظائف هذه القطاعات حسب تخصصها.

4 ـ اذكر المنظمات التي تتخذ القرارات الهامة التي يمكن أن تؤثر في تعاطي المخدرات والمسكرات ومن هم صانعو القرارات المهمون؟ وحدد دورهم الرئيسي في التخطيط لأنشطة الوقاية وتقليل الضرر في مجال تعاطي المواد المخدرة والمسكرات في المجتمع.

مراجع للاستزادة

(1) ماركوس غرانت وراي هودجسون، مواجهة مشكلات المخدرات والمسكرات في المجتمع للعاملين والرعاية الصحية الأولية. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية (1993).

(2) صحة الشباب: وثيقة أساسية/المناقشات التقنية. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية (1989).

(3) الدكتورة عائدة عبد العظيم البنا، الإسلام والتربية الصحية. مكتب التربية العربي لدول الخليج، المملكة العربية السعودية (1984).

(4) الهيئة المصرية العامة للكتابة وعلم النفس العدد الثالث والثلاثون ـ يناير ـ فبراير ـ مارس، السنة التاسعة، القاهرة ـ مصر (1995).

(5) الدكتور علي محمد مطر، الشباب والمخدرات (الأسرة... واقع وتطلعات.. نحو مستقبل أفضل لأبنائنا). المؤتمر الإقليمي الخامس للمرأة في الخليج والجزيرة العربية، المنامة ـ دولة البحرين (1989).

(6) ك. بورتر، ع. عارف، وج. كورات، القانون وعلاج الأشخاص المعولين على المخدرات والمسكرات. المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية، الصفاة ـ الكويت (1986).

(7) الدكتور عبد الرحمن المصيقر، الشباب والمخدرات في دول الخليج العربي، ص 28، 35، 53، 131، 153. شركة الربيعان للنشر والتوزيع. المنامة ـ البحرين (1985).

(8) الدكتور دري عزت، الشباب والإدمان/مجلة العربي ص 48-50 العدد: 321. (1985).

(9) لجنة البحوث والدراسات، ظاهرة تعاطي المخدرات في البحرين (دراسة ميدانية). المنامة ـ دولة البحرين (1985).

الفصل الثاني

الحوادث Accidents

يصاب الكثير من الناس وفي مختلف المراحل العمرية بإصابات عديدة نتيجة لتعرضهم لمواقف وحالات مفاجئة وغير متوقعة وهذا ما يسمى بالحوادث. وكثيراً ما تؤدي هذه الحوادث إلى إصابات بالغة والوفاة أحياناً، وبالإمكان تجنبها إذا اتخذت الاحتياطات الضرورية للحيلولة دون وقوعها.

يواجه ممرض صحة المجتمع المواطنين من مختلف الفئات العمرية، كما أنه يعمل في الأماكن المتعددة في المجتمع سواء في المدرسة أو المنزل أو أماكن العمل. لذلك عليه أن يعمل على الإقلال من معدل حدوث الإصابات الناتجة عن الحوادث وذلك بتقديم التثقيف الصحي لمختلف فئات المجتمع الذي يعمل به عن الوقاية من الحوادث وأهمية اتباع الإرشادات الخاصة بالإسعافات الأولية وكيفية القيام بها.

الأهداف

في نهاية هذا الفصل سوف يكون القارىء قادراً على:

1 ـ التعرف على الحوادث المنزلية لمختلف الأعمار؛
2 ـ شرح دور الممرض في الوقاية من الحوادث المنزلية؛
3 ـ تقييم إمكانية حدوث الحوادث المنزلية؛
4 ـ مناقشة الحوادث غير المنزلية؛
5 ـ تحديد دور الممرض في الوقاية من الحوادث غير المنزلية؛
6 ـ التوعية والتثقيف الصحي لأفراد المجتمع لتجنب الحوادث.

أنواع الحوادث Types of Accidents

يمكن تقسيم الحوادث إلى حوادث منزلية وأخرى تقع خارج المنزل. فإذا نظرنا إلى الحوادث التي تحدث داخل المنازل نجد أن نسبة حدوثها تزداد بين الأطفال وكبار السن، وأن معظم هذه الحوادث خطير ويمكن أن يؤدي إلى الوفاة ومنها ما يترك ندوباً واضحة

وإعاقات مدى الحياة. أما بالنسبة للحوادث خارج المنزل فإنها تشمل حوادث الطرق وإصابات العمل.

الحوادث المنزلية حسب الأعمار

أولاً- الأطفال

1 - حديثو الولادة حتى الشهر السادس من العمر وفي المرحلة اللاحقة:

في مرحلة الرضاعة الأولى قد يسبب ثدي الأم سد مجرى التنفس عند الطفل. في الشهر السادس من العمر وفي المرحلة اللاحقة من النمو يقوم الطفل بأنشطة كأن يتدحرج ويحاول الوصول إلى الأشياء، كما أنه قد يمسك بالأشياء الصغيرة ويضعها في فمه وفي هذه الأثناء يمكن أن يتعرض الطفل إلى الحروق من السوائل الساخنة والسقوط والاختناق.

2 - من الشهر السادس إلى الشهر الثاني عشر:

يقوم الطفل في هذه المرحلة بالجلوس والحبو كما أنه قد ينهض واقفاً وقد يقوم بالحبو والتجول في الجوار بطريقة غير آمنة داخل وخارج المنزل، وفي هذه الحالة يتعرض إلى الحوادث التالية:

- الجروح والحروق من النار وحروق من المياه الساخنة والزيت المغلي.
- السقوط مع الإصابة بالجروح والكسور جراء التسلق والوقوع.
- التسمم من شرب الكيروسين والمواد الكيماوية المستعملة للتنظيف والأدوية.
- الاختناق من وضع الأجسام الغريبة في الأنف أو الفم أو اللعب بوضع رأسه في أكياس البلاستيك.

3 - من الشهر الثاني عشر إلى ثلاث سنوات:

يتميز الطفل في هذه الفترة بحب الاستطلاع والرغبة في المغامرة دونما إدراك لما يمكن أن يحدث جراء حركاته وعدم تفهمه للمخاطر الكامنة في كل حركة يقوم بها، مثل التسلق والجري والقفز وما إلى ذلك. فهو في هذه المرحلة معرض لنفس الحوادث السابقة ولكنها تكون أكثر خارج المنزل وتكون أسبابها في العادة السقوط والاصطدام بالأشياء الصلبة التي تؤدي إلى جروح وكسور وكذلك التسمم والحروق والغرق.

4 - من سن ثلاث سنوات إلى خمس سنوات:

في هذه المرحلة يستطيع الطفل ممارسة ألعاب وأنشطة مختلفة مثل ركوب الدراجات والاستمتاع بمعدات اللعب كما أنه قد يستخدم معدات وأدوات المطبخ البسيطة. وقد يحاول التجول في الجوار لاكتشاف مناطق أخرى في البيئة المحيطة به، وهذا يعرضه لنفس أنواع الحوادث السابق ذكرها ولكن الإصابات قد تكون أكثر خطورة لأن الطفل في هذه السن يقوم بمحاولة تسلق الجدران والأسوار العالية ويجري أسرع ويتوغل داخل المياه أكثر. وكذلك

تنتشر في هذه المرحلة حوادث المرور نتيجة السقوط عن الدراجات والاصطدام بالسيارات في الطريق.

ثانياً ـ مرحلة المراهقة والشباب

تشكل الحوادث في كافة أرجاء العالم أحد أسباب الموت الرئيسة بين المراهقين وتسفر في بلدان عديدة عن ما يقارب نصف مجمل حالات الوفاة في المجموعة العمرية 10-24 سنة. زد على ذلك أن أهميتها كسبب من أسباب الموت في تزايد مستمر. وهي، بالإضافة إلى أنها تكلف المرء حياته، تسبب العجز والتشويه للعديد من ضحاياها. وفي حين يمكن اعتبار بعض الحوادث عرضية وغير مقصودة نهائياً من حيث إنها لم تنتج عن سلوك مسبق (مثل سقوط حجر من السطح على راس شخص ما)، فإن العديد من الحوادث يتضمن عنصراً سلوكياً قد يزيد من خطر أضراره (مثل عدم ارتداء ملابس واقية أثناء العمل). وغالباً ما يمكن تجنب وقوع الحوادث عندما يكون لها صلة بعناصر سلوكية. ونظراً إلى نزوع الشباب للمخاطرة، فإن هذا الموضوع يتطلب اهتماماً خاصاً.

وبينما قد يسمح الأشخاص الأكبر سناً لأنفسهم باتباع سلوك يؤدي إلى عواقب ضارة على المدى الطويل ـ كاختيار نظام غذائي سيىء (عندما يتوفر الخيار) أو الإفراط في السكون وقلة الحركة ـ فإن من أبرز صفات الشباب اتباع سلوكات خطيرة تؤدي إلى أخطار مباشرة، مثل التهور والإهمال في قيادة السيارات، وتجربة العقاقير، والمجازفة بصورة لا مبرر لها في مجال الرياضة أو العمل. وفي حين قد ترجع حوادث الطرق التي يتعرض لها الشباب إلى أمور تتجاوز قدرة المرء وحيلته مثل سوء حالة الطرق، فإن العوامل الأخرى مثل التهور وتجاهل متطلبات السلامة، وتعاطي المشروبات أو العقاقير أثناء قيادة السيارات أمور يمكن تفاديها.

والمراهقون الصغار تنقصهم بالطبع خبرات الحياة ويحتاجون إلى من يرشدهم ويشرف عليهم للتأكد من أنهم يتصرفون بشيء من الحيطة والحذر. ومن ثم فإنه كلما ازدادت مشاركة الناشئين في أنشطة تزودهم بمتنفس صحي يسمح بقدر ما من الاختيار الشخصي، تعلموا كيف يضطلعون بالمسؤولية الفردية وكيف يتعاونون مع الآخرين. ولعل السلوك الصالح من قبل الأشخاص الذي يحظون بإعجاب الشباب في مجالات الرياضة والترفيه، لا يقدر بثمن، من حيث دوره في منع الحوادث وتجنبها.

وبالرغم من أن عدداً من العوامل الفردية يزيد من خطر التعرض للحوادث أثناء المراهقة، ومن بينها الطيش، والمجازفة، والفضول، والتصرف مثل «الكبار»، وفي حالات قليلة، السلوك الانتحاري المرضي، فإن هناك أيضاً عوامل اجتماعية يمكن الحد من تأثيرها، وأهمها إتاحة العقاقير الخطرة، والدعايات التي تشجع الأنشطة المحفوفة بالمخاطر، والأخطار في محيط العمل، والتشريعات المنقوصة وغير الكافية بشأن السلامة والأمان.

ثالثاً ـ كبار السن

تحدث عند كبار السن تغيرات فيزيولوجية طبيعية نتيجة لتقدمهم في السن، وهذه التغيرات قد تصيبهم ببعض الأمراض التي تؤثر في ذاكرتهم حيث يمكن أن يتناولوا الدواء أكثر من مرة مما يصيبهم بالتسمم. وقد يكون هناك أيضاً تأثير على نظرهم وسمعهم وإحساسهم بالحرارة والبرودة، كما أنها تؤثر على طريقة حركتهم وتصبح هناك صعوبة في المشي وفي أداء بعض الأعمال مما يعرضهم للكثير من الحوادث. ومن أكثر الإصابات شيوعاً عند كبار السن تعرضهم للسقوط والكسور والجروح والحروق والتسمم والاختناق.

دور الممرض في الوقاية من الحوادث

1 ـ القيام بتجميع البيانات الخاصة بالحوادث التي وقعت في المجتمع الذي يرعاه خلال السنوات الأخيرة، مع البحث عن أكثر الأنواع انتشاراً وفي أي الأعمار كان حدوثها وهل قامت أي جهة من الجهات المعنية باتخاذ أية إجراءات لمنع تكرار هذه الحوادث أم لا.

2 ـ مناقشة أنواع الحوادث وأسبابها مع اللجان وقيادات المجتمع المحلي وتقديم اقتراحات للحد من تكرار حدوثها وسبل توفير الطرق الآمنة بالنسبة للناس والأسر التي تقطنها.

3 ـ إدخال مساق التوعية المرورية في المناهج المدرسية.

4 ـ إجراء مناقشات جماعية مع الأسر وسيدات المجتمع وتوعيتهم حول كيفية ملاحظة الأطفال وإعطائهم الإرشادات للوقاية من الحوادث والعمل على تقليل الإصابة بها.

الإرشادات الواجب اتباعها للوقاية من الحوادث

أولاً ـ الوقاية في المنزل

(أ) في المطابخ والحمامات

1 ـ عدم ارتداء الملابس الفضفاضة أو المصنوعة من النايلون عند الوقوف أمام الموقد وذلك لسرعة اشتعالها، فضلاً عن أنها تلتصق بالجسم بسهولة في حالة احتراقها.

2 ـ عدم رفع الأواني من فوق الأفران بدون استخدام قفازات اليدين الواقية من الاحتراق.

3 ـ إغلاق مفتاح الغاز بعد كل استعمال.

4 ـ التأكد من أن محبس الغاز في حالة جيدة وأنه لا يوجد أي تسرب للغاز والتأكد من حالة السخان عند دخول الحمامات والعمل على تهوية هذه الأماكن جيداً باستمرار.

5 ـ على الأم أن لا تصطحب معها الأطفال إلى المطبخ أثناء الطهي لمنع حدوث حروق من القدور الساخنة أو السوائل المغلية.

6 ـ بالنسبة للأغذية المحفوظة يجب التأكد من تاريخ صلاحيتها قبل شرائها واستخدامها.

7 ـ على ربة المنزل أن تكون حريصة عند استخدام وفتح العلب المعدنية لتجنّب حدوث إصابات من حوافها الحادة.

8 ـ وضع جميع المنظفات والمضادات الحشرية والسوائل المطهرة في أماكن مغلقة وبعيدة تماماً عن متناول يد الأطفال، وكذلك عدم وضعها في أكواب الشراب والأوعية المختلفة حتى لا يقوم أي من أفراد الأسرة بتناولها بطريق الخطأ.

9 ـ عدم استخدام السوائل القابلة للاشتعال في التنظيف، وإذا لزم استخدامها فيمكن وضعها في حاويات من المعدن محكمة الأغطية.

10 ـ عدم تخزين الأدوات القابلة للاشتعال بجوار الأدوات المسببة للاشتعال والعمل على إبعاد علب الكبريت عن متناول الأطفال.

11 ـ عدم وضع مواد قابلة للاشتعال في المطابخ أو الحمامات مثل البنزين والكيروسين والمبيدات الحشرية، وعدم وضعها أيضاً داخل رشاشات مضغوطة.

(ب) في بقية أنحاء المنزل

1 ـ تحفظ الأشياء التالية بعيداً عن متناول يد الأطفال: الأدوية، المنظفات المنزلية ومبيدات الحشرات، السكاكين، علب الكبريت والولاعات، أدوات الخياطة والدبابيس، الأسلحة النارية، العملات المعدنية، قطع الزجاج، أكياس النايلون (حتى لا يحاول الطفل إدخال رأسه فيها فيصاب بالاختناق).

2 ـ التخلص من الأدوية المنتهية الصلاحية والتأكد من اسم الدواء وطريقة استعماله قبل الاستخدام.

3 ـ إرشاد الأطفال إلى عدم لمس الأدوية أو المواد الكيماوية وتعليمهم أن الدواء ليس حلوى ولكنه دواء للعلاج يؤخذ وقت الحاجة فقط.

4 ـ إرشاد المدخنين، وبالذات كبار السن، إلى خطورة إلقاء السجائر المشتعلة والتدخين في المنزل، خاصة في غرف النوم.

5 ـ إمداد كل المنازل بطفايات الحريق المختلفة وتدريب أهل المنزل على استخدامها.

6 ـ على الآباء ألا يتركوا أطفالهم وحدهم في المنزل وكذلك عليهم أن يتدربوا على كيفية التصرف الأمثل في حالة حدوث حرائق.

7 ـ ينبغي تجنب التدفئة بواسطة الفحم وما شابه ذلك، وخاصة في الأماكن المغلقة لمنع حدوث الاختناق.

(ج) الأدوات الكهربائية ومصادر الكهرباء

1 ـ يجب فحص مفاتيح الكهرباء دورياً للبحث عن أي خلل أو عطل والعمل على إصلاحه.

2 ـ يجب استخدام السلك الأرضي الموجود بمعظم الأجهزة الكهربائية لتسريب أي كهرباء زائدة إلى الأرض.

3 ـ توعية الأمهات بعدم استخدام عدة أجهزة كهربائية في نفس الوقت منعاً لنشوب حرائق بالمنزل.

4 ـ يجب تغطية مصادر الكهرباء السفلية القريبة من أيدي الأطفال.

5 ـ عدم القيام بأي أعمال صيانة كهربائية إلا من قبل المختصين.

(د) في الشرفات والسلالم وفتحات الجدران

1 ـ ملاحظة الأطفال جيداً عند وجودهم على الشرفات ومنعهم من الوقوف على الكرسي.

2 ـ منع الأطفال من اللعب على السلالم وتسلق جدرانها.

3 ـ العمل على تغطية أي فتحات بجدران المنزل لتجنب دخول الحشرات أو العقارب أو الثعابين، خاصة في المناطق الريفية والبدوية.

4 ـ إغلاق النوافذ التي يستطيع الطفل التسلق عليها لتفادي السقوط.

5 ـ أن يكون سرير الطفل مرتفع الجوانب وبعيداً عن النوافذ.

6 ـ بالنسبة لكبار السن، يجب أن نحاول جعل كل الأنشطة الخاصة بهم وغرف النوم في الطابق السفلي وإذا تعذر ذلك فيجب إضاءة السلالم جيداً ووضع الدرابزين على طول السلالم، ويفضل أن يكون من الجانبين ويكون على أول السلم ونهايته علامة توضح أنها أول درجة أو آخر درجة.

7 ـ العمل على جعل الأرضيات خالية من البسط والسجاجيد غير الثابتة.

8 ـ الاحتفاظ بالأدوات الإبقاء على الأدوات والأثاث كما وضعها الشخص المسن وعدم إدخال أي إضافات إلا بعد تعريفه بها لمنع حدوث مصادمات عندما يجد المسن أشياء غير متوقع وجودها في طريقه.

ثانياً ـ الحوادث خارج المنزل

يجب على الممرض أن يقوم بإعطاء تثقيف صحي لأفراد المجتمع عن أهمية اتباع قواعد المرور ومنها الإرشادات التالية:

1 ـ يجب اتباع قواعد المرور الصحيحة والنظر يميناً ويساراً قبل عبور الطريق.

2 ـ أثناء الليل يجب العبور من مكان مضاء بقدر الإمكان ولا يجب العبور بين السيارات.

3 ـ يجب استخدام أنفاق المشاة والجسور العلوية من المكان المخصص لذلك.

4 ـ يجب تجنب العبور من أماكن وفتحات صناعية قام البعض بعملها في الأسوار عند عبور القطارات والمترو.

5 ـ يجب عدم الصعود والهبوط من السيارات وهي متحركة، كما يجب الالتزام بعدم السير في نهر الطريق.

6 ـ يجب العمل على وضع علامات المرور الإرشادية والتحذيرية الفسفورية على الجزر الوسطى في الطريق وفي أماكن دوران السيارات.

7 ـ على مرضى السكر والقصور في الشريان التاجي حمل بطاقة تعريف شخصية وكذلك حمل بطاقة تبين الحالة المرضية والإجراءات اللازم اتخاذها لإسعافهم عند حدوث أي طارىء لهم.

8 ـ يجب الإمساك بيد الأطفال بحيث يكون الطفل ناحية الرصيف وخاصة عند عبور الشارع.

9 ـ لا ينبغي للأطفال ركوب الدراجات في الشوارع المزدحمة كما لا ينبغي لهم كذلك أن يلعبوا الكرة في الشارع.

10ـ يجب منع الطفل من شراء أي مأكولات أو مشروبات من الباعة المتجولين.

11ـ يجب إعطاء توعية للمواطنين وبالذات الأطفال لتحذيرهم من الاقتراب من أكشاك الكهرباء والعبث بالأسلاك في أعمدة الإنارة.

12ـ يجب على الممرض أن يعمل على توعية الأهالي بأهمية تغطية فتحات المجاري وردم الحفر بالشارع.

ثالثاً ـ الوقاية في السيارة

1 ـ ينبغي اتباع قواعد القيادة والحرص عند مرور المشاة وفي الأسواق وعند الاقتراب من سيارة على وشك التوقف.

2 ـ يجب الانتباه إلى الأشخاص المارين من خلف أو أمام السيارات وبالذات الأطفال وكبار السن.

3 ـ يجب عدم تجاوز أي سيارة أخرى عند أماكن عبور المشاة وينبغي تخفيض السرعة عند القيادة قرب المدارس والمستشفيات.

4 ـ يجب اتباع إشارات المرور بكل حرص وعدم تجاوز السرعة المسموح بها.

5 ـ الحرص على ترك مسافة كافية بين سيارتك والتي أمامك وعدم استخدام الإضاءة المبهرة.

6 ـ يجب عدم وضع مواد قابلة للاشتعال في السيارة والتأكد من وجود طفاية حريق ولا ينبغي مطلقاً التدخين في محطات البنزين وفي أماكن تصليح ودهان السيارات.

7 ـ يجب التأكد من صيانة السيارة بصفة دورية والكشف الدائم على الفرامل وأيضاً على جميع أجزاء السيارة.

8 ـ عند حدوث عطل يجب إيقاف السيارة بعيداً عن نهر الطريق ما أمكن لتجنب حدوث

مصادمات مع إنارة الضوء الأصفر ووضع علامة التحذير الثلاثية على بعد 50 متراً خلف السيارة في الطرق البطيئة وعلى بعد 150 متراً في الطرق السريعة.

9 ـ يجب عدم ترك مفاتيح السيارة وبها الأطفال كما لا تترك في الشمس والأطفال بداخلها حتى لا تحدث لهم ضربات شمس، ومن المستحسن عدم ترك الأطفال بمفردهم داخل السيارة.

10ـ يجب على المرضى المعرضين لحدوث تشنجات أن يتجنبوا القيادة نهائياً، وإن كانوا مصابين بأمراض أخرى يجب عليهم أن يحملوا بطاقة تعريف بحالتهم الصحية.

11ـ يجب استخدام الإضافات الأمنية داخل السيارة مثل أحزمة الأمان وزجاج الأمان وما إلى ذلك.

12ـ على مصانع السيارات العمل على تقليل الأشياء الحادة والخارقة في الجزء الخاص بالركاب.

13ـ يجب استخدام أحزمة الأمان ووسائد الرأس والأكتاف، وبالذات بالنسبة للأطفال، وذلك لخفة وزنهم وخطورة الإصابات التي تحدث لهم عند التوقف الفجائي.

14ـ عند قيادة الدراجات، يجب ارتداء خوذات الرأس والملابس الواقية ذات الألوان البراقة لتفادي الحوادث والإصابات.

15ـ تجنّب وضع الطفل بحضن أبيه أو أمه أثناء قيادة أحدهما للسيارة.

رابعاً ـ الوقاية في الملاعب وأماكن الترفيه

1 ـ يجب تعليم الأطفال السباحة مبكراً باستخدام حمامات السباحة لتفادي حدوث الغرق.

2 ـ يجب ملاحظة الأطفال جيداً أثناء اللعب وبخاصة بجانب حمامات السباحة.

3 ـ يجب اتباع الاحتياطات الأمنية بحرص في كل الألعاب الرياضية ويجب توعية اللاعبين بخصوص الإصابات المحتملة وكيفية اتخاذ الاحتياطات للوقاية منها.

4 ـ استخدام المعدات التي تمتص الصدمات في الزوارق وأدوات اللعب بدلاً من القضبان والأعمدة الصلبة.

5 ـ العمل على استخدام الرمال والمراتب الإسفنجية والوسائل التي تمتص الصدمات أثناء اللعب بدلاً من الأجسام الصلبة لمنع الإصابات والحوادث.

خامساً ـ الوقاية من إصابات العمل

نتيجة للتطور السريع الذي يحدث في قطاعات الأعمال المختلفة واستخدام التكنولوجيا الحديثة في المصانع وكذلك استخدام المكنات الحديثة، ازداد معدل وقوع الحوادث في المصانع. لذا يجب العمل على تلافيها بقدر الإمكان ويستحسن اتباع الآتي:

1 ـ توفير الخدمات الصحية لإعطاء الإسعافات اللازمة في المصانع.

2 ـ توفير أجهزة الأمن والأمان المختلفة وحثّ العمال على استخدامها لوقايتهم أثناء العمل.

3 ـ العمل على صيانة الآلات دورياً مع تدريب العمال على كيفية استخدامها بطريقة صحيحة.

4 ـ إيجاد مجموعات ولجان صحية لتحديد وتصحيح المخاطر عن طريق إعطاء تثقيف وإرشادات للعمال بصفة مستمرة.

5 ـ العمل على تهيئة جو العمل المناسب وملاحظة العمال والعمل على حل مشاكلهم حتى لا يتسبب شرودهم وانشغالهم بمشاكلهم في وقوع الحوادث.

أسئلة ونشاطات

1 ـ طلب منك زيارة أسرة تضم إضافة إلى الجدّ والجدّة أطفالاً دون سن الخامسة:

- اذكر أنواع الحوادث التي يمكن أن يتعرّض لها أفراد هذه الأسرة حسب الأعمار.
- ما هي أهم نقاط التثقيف الصحي الواجب إعطاؤها لوقاية هذه الأسرة من الحوادث؟

2 ـ ما هو دور الممرض في الوقاية من الحوادث داخل وخارج المنزل؟

مراجع للاستزادة

(1) Elizaboth W., Susan A., A Comprehensive Curriculum for Trauma Nursing, Boston, London, Jones and Barlett, (1992).

(2) National Safety Council, Green Cross for Safety. First Aid CPR. Boston, London, Jones and Barlett, (1992).

(3) ـ صحة الشباب: من تحديات المجتمع: سلسلة التقارير التقنية رقم (731). منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية (1988).

(4) Stephanie K. and June K., Emergency Nursing. A Physiologic Clinical perspective. Philadelphia. London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo, W.B. Saunders Company, (1990).

(5) Stanhope M. Lancaster J., Community Health Nursing. Promoting Health of Aggregates, Families Individuals. 4th ed. Mosby company St. Louis (1976).

(6) John J. George E., Public Health Adminstraton and Practice. 7th. The C.V. Mosby Company St. Louis (1979).

الفصل الثالث

المشاكل التغذوية

إن أكثر الامراض شيوعاً في دول الشرق الأوسط ودول شمال أفريقيا مرض سوء التغذية الناتج عن نقص الطاقة والبروتين. ويعتبر سوء التغذية من المشاكل الصحية الرئيسية في كافة أقطار العالم وله أشكال متعددة مثل نقص الطاقة والبروتين ونقص المغذيات وزيادة الوزن وما يرافق ذلك من أمراض مزمنة. وفي عام 1995 بلغ عدد الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من سوء التغذية حوالي 200 مليون طفل، أي ما يعادل 30% من مجموع أطفال العالم حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية.

الأهداف

عند الانتهاء من هذا الفصل يكون القارىء قادراً على أن:

1 ـ يعرّف المشاكل التغذوية؛

2 ـ يميز بين أنواع سوء التغذية وزيادة الوزن وكيفية قياسها؛

3 ـ يناقش وضع المشاكل التغذوية في بلدان الوطن العربي وفي العالم؛

4 ـ يذكر طرائق الوقاية من المشاكل التغذوية وكيفية علاجها في حالة حدوثها.

سوء التغذية Malnutrition

يقف سوء التغذية خلف 56% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة في العالم والبالغة 12 مليون حالة سنوياً، أي أن هناك 6.7 مليون طفل يموت سنوياً نتيجة سوء التغذية، بالإضافة إلى ذلك، تُضعف الأمراض الناتجة عن سوء التغذية مقاومة الجسم للأمراض الانتقالية وتؤثر على التطور الطبيعي من الناحية البدنية والعقلية.

ولا تبدو أعراض سوء التغذية إلا على 1% أو 2% فقط من أطفال العالم النامي، وهنالك حوالي 190 مليون طفل دون سن الخامسة مصابين بسوء التغذية المزمن، ويعانون من اعتلال الصحة وضعف النمو. وتنتشر المشكلة على نطاق واسع في جنوب آسيا، التي تضم نصف أطفال العالم المصابين بسوء التغذية.

أما بيئة سوء التغذية فهي بيئة معقدة، فهناك العديد من المنازل الواقعة في الأحياء الفقيرة تعاني من نقص الغذاء ما بين موسمي الحصاد أو في زمن الجفاف والحروب.

الأسباب/الأعراض Causes/Symptoms

إن انخفاض وزن المواليد والممارسات غير السليمة مثل إرضاع الطفل بالزجاجة يساهمان إلى حد كبير في حدوث سوء التغذية. أما السبب الرئيسي لسوء التغذية فيكمن في مجموعة من الأمراض مثل الإسهال الذي ينتشر في المجتمعات الفقيرة التي ينقصها الماء النظيف ومرافق الصرف الصحي. فالمرض المزمن يستنزف المادة الغذائية من الجسم وخلاياه. وعندما يقل مستوى التغذية يلجأ الجسم البشري إلى حلول وسط من أجل الاستمرار في البقاء. وغالباً ما تكون هذه الحلول الوسط غير منظورة، وقد تظهر فيما بعد عند أولئك الذين توجد لهم بطاقات لمراقبة النمو. والحقيقة أن الدليل الوحيد الظاهر لسوء التغذية هو الهبوط العام، والكسل عندما يكافح الجسم للمحافظة على الطاقة. ويلاحظ على الأطفال سيئي التغذية تفضيلهم الوقوف على الركض واللعب والجلوس على الوقوف، والاضطجاع على الجلوس.

وللتعويض عن بعض المغذيات، ينخفض معدل عمليات التغيرات الكيميائية في الخلايا الحية وينخفض مستوى ضغط الدم، وإذا نقص معدل المواد الدهنية يلجأ الجسم للاستفادة من الاحتياطي الأمر الذي يؤدي إلى إضعاف العضلات وإعاقة أو تشويه نمو العظام.

وفي المحصلة العامة نجد أن سوء التغذية هو أحد العوامل المسببة لوفاة ثلث مجموع الثلاثة عشر مليون طفل دون الخامسة الذين يموتون كل عام. فالتغذية الجيدة هي حماية أكيدة ضد المرض. ولأسباب متعددة بدأ العلماء يدركونها مؤخراً نجد أن سوء التغذية يهاجم الجسم بشدة في الثلاثة أشهر الأخيرة من الحمل وخلال أول اثني عشر شهراً بعد الميلاد. وفي خلال هذه الفترة الحرجة تتطلب معدة الطفل الصغيرة تغذية مستمرة لأن نمو الدماغ حينها يكون أوشك على الاكتمال، ويكون جهاز مناعة الطفل في أضعف حالاته.

وتتركز أشد آثار سوء التغذية في السنة الأولى من عمر الطفل، وحتى مع تحسن مستوى التغذية، من المرجح أن يعاني الطفل من ضعف النمو، الأمر الذي يؤثر على نموه العقلي والجسدي، وبالتالي على مستقبل الأطفال ومجتمعاتهم.

كما أن الأمهات سيئات التغذية يلدن أطفالاً دون الأوزان الطبيعية، لأن الأطفال إذا ساءت تغذيتهم أثناء وجودهم داخل الرحم، فسيبقون كذلك في السنوات المبكرة الحاسمة من حياتهم.

إن الأسباب الرئيسية لسوء التغذية هي:

1 ـ الفقر؛

2 ـ الحروب؛

3 ـ عدم توافر الرعاية الصحية الأولية؛

4 ـ قلة الموارد الغذائية.

أنواع سوء التغذية

أ ـ سوء التغذية الناتج عن عوز البروتين والطاقة (النوع الشديد)
Protein Energy Malnutrition (PEM) (Severe Malnutrition)

هي مجموعة من المتلازمات syndromes التي تحدث بشكل متكرر عند الرضع والأطفال الصغار نتيجة للغذاء الشحيح بالبروتين والسعرات الضرورية، وفقدان الشهية وزيادة في الاحتياجات والتي تحدث نتيجة للعداوي والعداوي المتكررة وخصوصاً أمراض الإسهال التي تؤدي إلى سوء التغذية بالبروتين والطاقة.

وتختلف الظواهر السريرية لسوء التغذية بالبروتين والطاقة حسب درجة النقص وكذلك حسب النقص في السعرات مقارنة بالبروتين. وقد تناقصت نسبة حدوث الأنواع الشديدة في بلدان عديدة خلال السنوات القليلة الماضية، وأصبحت الأنواع المتوسطة والطفيفة هي الأكثر شيوعاً. وتراوحت نسبة حدوث سوء التغذية الناتج عن عوز البروتين والطاقة ما بين 10 و 40% في الفئة العمرية ما دون الخمسة سنوات في البلدان النامية.

إن السغل marasmus والكواشيركور kwashiorkor هما نوعان شديدان من سوء التغذية بالبروتين والطاقة ويتمثلان بمتلازمات مختلفة. والسغل أكثر شيوعاً من الكواشيركور. انظر الشكل (1) لمعرفة الظواهر السريرية لكل منهما.

	السغل Marasmus	الكواشيركور Kwashiorkor
• العمر Age	يبدأ في أي وقت بعد 1-2 شهر (أكثر شيوعاً بين 4-12 شهراً)	يبدأ مع الفطام weaning (أكثر شيوعاً بعد 12 شهراً)
• الوزن للعمر Weight for Age	منخفض جداً	منخفض بنسبة قليلة
• الطول للعمر Height for Age	منخفض عند الأطفال الرضع	طبيعي أو منخفض بنسبة قليلة
• الوذمة Edema	(-)	(+)
• الوجه Face	هزيل Emaciated	وجه القمر Moon Face
• سماكة طية الجلد	(+) أو (-)	+++
• تغيرات الشعر Hair changes	(+) أو (-)	+++
• تضخم الكبد Hepatomegaly	(-)	(+)
• فقر الدم Anemia	(+)	(-)
• مستوى الزلال/الألبومين Plasma Albumin level	(+) طبيعي أو متناقص بشكل قليل	(+) منخفض

الشكل (1) الظواهر السريرية في السغل والكواشيركور

يتطور الكواشيركور نتيجة للفطام المفاجىء من الثدي وإبدال حليب الثدي بالاغذية والتي تحتوي على نسبة قليلة من البروتين.

أما بالنسبة للسغل (الهزال) فلا توجد أعراض سريرية في المراحل المبكرة. والعلامات السريرية الأولى هي توقّف زيادة الوزن وهذا يتبعه تباطؤ في الزيادة في الطول وتوقف في الزيادة في محيط الرأس بعد أسابيع قليلة أو أشهر قليلة، وكذلك قلة الشهية وقلة النشاط البدني والذي يؤدي تدريجياً إلى حالة من الخمول apathy.

ب ـ النوع الطفيف والمتوسط من سوء التغذية
Mild and Moderate Malnutrition

إن الأسباب الرئيسية للحالات الطفيفة والمتوسطة هي:

1 ـ التغذية الخاطئة من حيث الكمية والتركيب غير المناسبين؛

2 ـ الهضم غير الجيد والامتصاص غير الجيد (حالات الإسهال الحادة والمزمنة)؛

3 ـ العداوي الطويلة والمتكررة.

وهناك فئة من الأطفال تكون أكثر عرضة لسوء التغذية، وهي تشمل:

1 ـ الرضع الذين يحتاجون إلى عناية وتقنية تغذوية خاصة والأطفال المولودين قبل أوانهم preterms والأطفال المتخلفين عقلياً mentally retarded؛

2 ـ الرضع الذين يعانون من صعوبات البلع (الشلل الدماغي cerebral palsy)؛

3 ـ الرضع الذين يعانون من أمراض عضوية مزمنة chronic systemic diseases؛

4 ـ الرضع الذين يعيشون في عوائل جاهلة وفقيرة؛

5 ـ الرضع الذين يعيشون في عوائل لديها مشاكل.

ولا تظهر على الأطفال المصابين بسوء التغذية الطفيف أو المتوسط أية أعراض سريرية سوى بطء أو توقف النمو والتطور.

تقييم مدى نمو الطفل

إن تقديرات النمو باستخدام المعايير القياسية anthropometric measurement هي من الوسائل التي يعتمد عليها في تشخيص تلك الحالات، لذلك بات من الضروري مسح الأطفال بتلك المقاييس للتعرف ولعلاج حالات سوء التغذية الطفيفة والمتوسطة في المجتمع.

وتعتبر مراقبة النمو للأطفال ابتداءً من الولادة الطريقة الوحيدة للوقاية والتعرف على سوء التغذية بالبروتين والطاقة في مراحله الأولى. لذلك أوصت منظمة الصحة العالمية باستخدام لوحة مراقبة النمو المصممة بخطين أو أكثر حداثة استخدام الأحراز Z-score Z.

إن لوحات مراقبة النمو باستخدام الأحراز Z (Z-score) تختلف عن لوحة النمو النسبية percentile growth chart ذلك لأنها مصممة لاستخدام قيم الانحرافات المعيارية

standard deviation values. وهذه اللوحات مصممة أيضاً تبعاً لقيم مراجع دولية، وهي تحتوي على انحرافين معياريين يشيران إلى الحد الأدنى الطبيعي.

فمثلاً، عندما تكون نتيجة قياس الوزن للعمر أقل بانحرافين معياريين، فإن ذلك يدل على سوء في التغذية. أما عندما يكون الوزن قياساً للعمر أقل بثلاثة انحرافات معيارية، فإن ذلك يدل على وجود سوء تغذية شديد.

نسبة الوزن للعمر

وهي نسبة وزن الطفل إلى الوزن الخمسيني للأطفال الطبيعيين 50th percentile weight لنفس الفئة في العمر.

العلاج

يمكن علاج سوء التغذية بعوز البروتين والطاقة الطفيف والمتوسط بنجاح بواسطة تثقيف الأبوين حول تصحيح الغذاء والمراقبة المستمرة. وتبقى الغالبية من الأطفال المصابين بسوء التغذية الخفيف والمتوسط صغيري الحجم ويتأخر البلوغ لديهم ويظهرون أداء مدرسياً ضعيفاً وكذلك تظهر لديهم مشاكل سلوكية.

زيادة الوزن Overweight

إن سوء التغذية الرخائي malnutrition affluence هو من مخاطر استهلاك الأطعمة استهلاكاً مفرطاً وبشكل غير متوازن. وهو مصطلح حديث نسبياً صنع للدلالة على بعض الاضطرابات السريرية المزمنة، الناجمة عن استهلاك أنواع محدودة من الطعام استهلاكاً مفرطاً وغير متوازن. ويشاهد هذا النوع من سوء التغذية بين المترفين، وسكان البلاد المتقدمة، لكنه بدأ يشاهد أيضاً بين الميسورين في العالم النامي. وأكثر الناس تعرضاً لهذا الخطر هم سكان البلدان التي تتزايد ثرواتها سريعاً، فتتغير أنماط حياتهم وطرق واستهلاك الغذاء.

ويمكن القول وبدون شك إن الطعام ونمط الحياة هما المحددان الرئيسيان لما يسمى بسوء التغذية الرخائي.

الوضع في إقليم شرق المتوسط

تدل دراسة الوفيات على أنه عندما يصبح بلد في رخاء اقتصادي تصبح الاضطرابات السريرية المرتبطة بالغذاء سبب الموت الرئيسي. وما السمنة، وفرط ضغط الدم، وداء السكري غير المحتاج للأنسولين وأمراض شرايين القلب التاجية (الإكليلية)، والحوادث المخية الوعائية وبعض أنواع السرطان، كسرطان الثدي وسرطان القولون، إلا مظاهر رئيسية لنمط حياة يسرف في الطعام، ويعزف عن النشاط الجسدي ويستهلك الكحول والتبغ استهلاكاً كبيراً.

وقد استطاع المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية أن يجمع معلومات في بلدان مختلفة في الإقليم حول توافر الطعام واستهلاكه، ومعطيات حول أسباب الوفيات، وتم تحليل هذه المعلومات والتوصل إلى الحقائق التالية:

1 ـ إن انتشار السمنة بين النسوة البالغات اللواتي تتراوح أعمارهن بين الخامسة والعشرين والخامسة والأربعين قد بلغ حداً مثيراً للقلق في كل بلدان الإقليم التي جرى فيها بحث منهجي.

2 ـ تبرز سمنة الطفولة، فتصبح مسألة صحية مثيرة للقلق في بلدان عديدة.

3 ـ يزداد انتشار داء السكري غير المحتاج للأنسولين في كل عام في بلدان الخليج بين الشبان.

4 ـ أصبح من المعروف أن مرض القلب التاجي (الإكليلي) والحوادث المخية الوعائية هي من الأسباب الرئيسية للموت في عدة بلدان في الإقليم.

5 ـ يتزايد حدوث السرطان في أكثر بلدان الإقليم.

السمنة

وهي مظهر من مظاهر الإفراط في استهلاك الطعام غير المتوازن. ويمكن تعريف السمنة بأنها فرط في دهن الجسم.

ومن بين القياسات المقترحة للسمنة بأن الوزن الذي يزيد على 120% يعتبر وزنا سوياً لطول معين. كذلك تم استعمال طية جلد الكتف shoulder skin fold والعضلة ثلاثية الرؤوس triceps muscle لتعريف السمنة. أما القياس الذي أصبح شائع القبول أكثر من سواه بخصوص السمنة فهو منسب كتلة الجسم (Body Mass Index (BMI. ويعرف هذا المنسب بأنه حاصل قسمة وزن الجسم مقيساً بالكيلو غرامات على مربع الطول مقيساً بالأمتار، ووحدته هي الكيلو غرام بالمتر المربع (كغم/م2). واقترح العلماء تدريج وخامة السمنة للذكور والإناث بتقسيم منسب كتلة الجسم إلى درجات على الشكل التالي:

الدرجة صفر (السوية)	يكون فيها المنسب بين	20 و 24
الدرجة الأولى	يكون فيها المنسب بين	25 و 29
الدرجة الثانية	يكون فيها المنسب بين	30 و 39
الدرجة الثالثة	يكون فيها المنسب أكبر من	40 أو يساويها

ويرتبط منسب كتلة الجسم بدهن الجسم ترابطاً حسناً، لكنه لا يميز بين دهن الجسم وبين كتلة الجسم الغثة lean (الخالية من الدهن). فالأشخاص الذين يتمتَّعون ببنيان عضلي مفرط قد يصنَّفون على أنهم سمان. ورغم ذلك فإن أكثر المحاولات الحديثة لاستقصاء أخطار السمنة لا تزال تستعمل منسب كتلة الجسم.

أسباب السمنة

ينتمي الأفراد الذين يراكمون الدهن عادة إلى مجتمعات أو طبقات اجتماعية تتمتع بفيض من الطعام وقليل من النشاط الجسدي. ويزداد الوزن عندما يتجاوز مدخول الغذاء إنفاق الطاقة. وهذا يعني أن المدخول قد ازداد فوق حاجة الجسم إلى الطاقة، أو أن إنفاق الطاقة قلّ دون أن يصاحبه نقص مماثل في مدخول الطاقة. وفي كلا الحالين توجد فروق صغيرة بين مدخول الطاقة وإنفاقها تفسد التوازن بينهما، وتكون قادرة على مر الأيام على زيادة الوزن زيادة محسوسة.

ويلاحظ أن اختلال التوازن بين إنفاق الطاقة ومدخولها يؤثر في بعض الأفراد، ولا يؤثر في آخرين مما يدل على أن سبب السمنة ينطوي أيضاً على عوامل أخرى، مثل:

1 ـ الإفراط في الأكل؛

2 ـ نقص النشاط الجسدي إذا لم يصاحبه نقص مماثل في مدخول الغذاء؛

3 ـ الوراثة heredity؛

4 ـ أسباب فيزيولوجية (كتغير استقلاب metabolism النسيج الشحمي adipose tissue أو توليد الحرارة الجسمية توليداً معيباً أو ناقصاً)؛

5 ـ عوامل نفسية واجتماعية وثقافية؛

6 ـ بعض الأدوية.

مخاطر السمنة

تزيد السمنة خطر المرض والموت المبكر، خصوصاً عندما يصاحبها السكري diabetes mellitus أو ارتفاع الكولستيرول في الدم، أو ضغط الدم المرتفع hypertension. ويشكل فرط الوزن عامل خطورة risk factor في أمراض التصلب العصيدي atherosclorosis وبعض أنواع السرطان cancer وفرط ضغط الدم، والسكري، وبعض الاضطرابات المعدية المعوية ومنها الحصاة الصفراوية. ويبدأ معدل الوفيات في التزايد مع ازدياد منسب كتلة الجسم حين يزداد المنسب على 25 ولكن الأخطار المحسوسة على الصحة لا تبرز عادة إلا إذا زاد المنسب على 30.

ويستنتج من الأبحاث أن السمنة في نصف الجسم الأعلى (أي ارتفاع نسبة الخصر إلى الورك) يصاحبها ازدياد عوامل الاختطار القلبي الوعائي مثل فرط ثلاثي الغليسريد في الدم، والسكري، وفرط ضغط الدم. أما الدهن المفرط الموزع في الطرفين السفليين وفي الوركين (الأكثر شيوعاً بين الإناث)، فهو لا يزيد الاختطار القلبي الوعائي على ما يبدو. وقد وجدت عدة دراسات أن نسبة الخصر إلى الورك تتكهن بالاحتشاء العضلي القلبي myocardial infarction وبالذبحة الصدرية angina pectoris وبالسكتة القلبية cardiac arrest وبالموت، تكهناً أفضل من تكهن أي مشعر (مؤشر) آخر في القياسات البشرية.

علاج السمنة

إن العاملَيْن الوحيدين الخاضعان لتحكم الإنسان، من بين العوامل المسببة للسمنة كلها، هما كمية الطعام المتناول، ومقدار النشاط الجسدي. لذلك ينبغي أن يجمع برنامج إنقاص الوزن بين الطعام القليل السعرات والرياضة. أما الأدوية والجراحة إذا استعملت لإنقاص الوزن، فتنطوي على خطر المرض والوفاة، ولا تنجح كل النجاح إلا نادراً.

وأفضل سبيل إلى إنقاص مقدار السعرات المتناولة هو إنقاص محتوى الدهن في الطعام ذلك أن كثافة السعرات في الدهن هي الأعلى بين الأطعمة جميعاً (فكثافة السعرات في البروتينات والسكريات هي نصف كثافتها في الدهن). ولإنقاص مدخول الدهن فائدة أخرى هي إنقاص الاختطار القلبي الوعائي. ولا ينبغي أن يقل طعام البالغين عن 800 سعر حراري في اليوم، والطعام الذي فيه 800 سعر حراري في اليوم ينبغي أن يحوي كمية كبيرة من البروتين. وقد تبين إن زيادة مدخول الألياف في الغذاء يفيد في بلوغ الشبع.

نقص فيتامين A

أفاد تقرير لمنظمة الصحة العالمية في عام 1991 أن ما يقارب 14 مليون طفل من أطفال ما قبل المدرسة مصابون بتلف العين eye damage نتيجة لنقص فيتامين A. وفي كل سنة يفقد حوالي 250000-500000 من هؤلاء بصرهم لهذا السبب، ويموت حوالي الثلثان من الذين يفقدون أبصارهم خلال أشهر من إصابتهم بالعمى في العالم. كذلك يموت 8 ملايين طفل بسبب نقص هذا الفيتامين ويكون 190 مليون من الأطفال ما قبل المدرسة معرضين للخطر نتيجة ازدياد معدل الوفيات بسبب قلة المناعة للأمراض العدوائية الفتاكة fatal infections وللعمى blindness. وقد اعتبرت قارّتا آسيا وأفريقيا من أكثر القارات عرضة للإصابة بتقرح القرنية بسبب نقص الفيتامين A وذلك لكثرة عدد سكانها. ومن أهم العوامل الوبائية المؤثرة:

1 ـ العمر age: هنالك أعمار تكون أكثر عرضة للإصابة بالنقص وهذه الأعمار هي من عمر الستة أشهر حتى عمر الست سنوات. وأهم عمر للآثار المتأخرة على العين نتيجة نقص الفيتامين A هو عمر ما قبل المدرسة.

2 ـ سوء التغذية malnutrition ونقص المواد الغذائية لهما تأثير كبير وخصوصاً على الأطفال والحوامل.

3 ـ الرضاعة الطبيعية breast feeding حيث إن حليب الأم يحتوي على كمية كافية من الفيتامين A حتى الشهر السادس. لذلك يسبِّب تأخير الرضاعة بعد الولادة وعدم استخدام اللبأ colostrum الغني بفيتامين A نقصاً في هذا الفيتامين وآثاراً خطيرة على العين.

4 ـ الفطام weaning: إن الفطام المبكر وعدم الحصول على مواد غذائية غنية بالفيتامين والإصابة بحالات الإسهال والالتهابات التنفسية الحادة قد يسبب آثاراً شديدة لنقص الفيتامين على العين.

5 ـ توافر الخضروات والفواكه: تقل نسبة حدوث آثار جفاف العين الشديد في حالة تناول الخضروات والفواكه، لكن فيتامين A يكون أقل فاعلية ويجب أن يتحول في الجسم إلى فيتامين فعال.

6 ـ الاختلاف الموسمي: وهذا له علاقة بتوافر الخضروات والأغذية الموسمية التي تحتوي على الفيتامين.

7 ـ الممارسات الغذائية الخاطئة: كالفطام المبكر وعدم استمرار الرضاعة الطبيعية أثناء حالات الإسهال، وكذلك في حالات حصول الالتهابات الحادة التي تحتاج إلى غذاء غني بفيتامين (A). كذلك فإن تغذية الطفل بأقل من ثلاث وجبات يومياً قد يعرضه للإصابة بنقص فيتامين (A).

8 ـ الإصابة بأمراض أخرى: مثل الحصبة measles، وجدري الماء chickenpox، وحالات الإسهال، والإصابة بالالتهابات التنفسية وحالات الإصابة بالسغل (الهزال) marasmus ونقص الوزن، كل هذه الحالات تؤدي إلى ظهور آثار نقص الفيتامين على العين.

امتصاص الفيتامين وانتشاره داخل جسم الإنسان

إن الفيتامين A المعروف بالريتينول ritinol هو فيتامين أساسي قابل للذوبان في الشحم، وهو يوجد في الأغذية التي هي من أصل حيواني كمنتجات الألبان والكبد والبيض، كما يوجد في بعض الأغذية النباتية على شكل (بيتا كاروتين) التي يمكنها التحول في الجسم إلى فيتامين (A) (توجد في زيت النخيل والفواكه الصفراء والخضروات ذات الأوراق الداكنة).

بعد تناول الأغذية تنتشر مركبات الفيتامين في الحبيبات الدهنية داخل المعدة (الفيتامين يذوب في الدهنيات Fat-soluble vitamin) ويتم التعامل معها بواسطة المرارة gall bladder ثم تمتص من قبل جدران الأمعاء وبعد ذلك يتم التعامل معها من قبل الكبد ويتم اندماجها مع بروتين الكبد. وهذا البروتين يحمل الفيتامين بغية الاستفادة منه ولكن نقص الفيتامين يسبب انعدام تواجد هذا البروتين الحامل للفيتامين، بالإضافة إلى أن سوء التغذية يؤدي بدوره أيضاً إلى نقص إنتاج البروتين الحامل للفيتامين. ويقوم الفيتامين المخزن في الكبد بدور حيوي في بنية ووظيفة النسيج الظهاري، خاصة في العين كما يؤثر أيضاً في النمو ووظيفة المناعة. ولكن المجاميع المعرضة لخطر الإصابة بنقص الفيتامين هم الأطفال الذين لا يحملون المخزون الكافي للفيتامين في الكبد، لذلك فإن تعرضهم لسوء التغذية أو الحصبة أو الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي أو السغل يعرضهم للإصابة بنقص الفيتامين.

الفعاليات الاستقلابية للفيتامين

1 ـ الرؤية vision: يندمج الجزء الحيوي للفيتامين مع البروتينات الموجودة في العصيات rods (خلايا تستخدم في الضوء الخافت المتواجد في شبكية العين retina)، لذلك فإن الرؤيا في الليل أو عند الدخول إلى غرفة مظلمة يتم بتحسن هذه الخلايا. ويؤدي تأثر

هذه الخلايا إلى حدوث العشى الليلي night blindness، كذلك فإن رؤية الألوان تتم نتيجة لوجود الجزء الحيوي من الفيتامين في الخلايا المخاطية الموجودة في شبكية العين.

2 ـ النمو growth: وجدت الدراسات أن هناك علاقة بين نمو العظام ووجود الفيتامين، وأن نقص الفيتامين يؤثر على حاسة الذوق ويؤدي إلى قلة الشهية، ما يزيد من الآثار السلبية.

3 ـ التكاثر reproduction: يؤثر نقص الفيتامين على الخلايا التناسلية وقد يؤدي إلى العقم.

4 ـ إدامة الخلايا الظهارية epithelial: تتواجد هذه الخلايا في الغشاء المخاطي المبطن للجهاز الهضمي والتنفسي والبولي التناسلي، وتتطلب سلامة هذه الخلايا وجود فيتامين (A). فنقص هذا الفيتامين يؤدي إلى تليف الغشاء المخاطي وفقدانه لحيويته، كذلك فإن كميات كبيرة من فيتامين (A) سوف تفقد عندما يكون الغشاء المخاطي بحالة مرضية كما في حالات الإسهال وأمراض الجهاز التنفسي.

5 ـ الخصائص المناعية immunological properties: يملك الجسم خواص مناعية عديدة لمكافحة الأمراض التي تصيبه، وأول مناعة يبديها الجسم تكون من خلايا الغشاء المخاطي في العين والجهاز التنفسي والهضمي والبولي التناسلي من خلال أجسام مضادة antibodies. وهذه المناعة الذاتية تقل في حالة سوء التغذية إضافة إلى تخدش الغشاء المخاطي وتأثر الخلايا اللمفاوية المعتمدة على غدة التوتة thymus dependent (T cells) بسوء التغذية. إن وجود فيتامين (A) ضروري لسلامة الغشاء المخاطي ومقاومته للأمراض وكذلك لديمومة وسلامة الخلايا اللمفاوية المعتمدة على الغدة التوتية thymus.

الاحتياج اليومي للفيتامين daily requirement: ويختلف ذلك تبعاً للعمر والجنس وكذلك لزيادة الفعاليات الاستقلالية metabolic activities داخل الجسم وتعرضه للأمراض. ويعتمد الاحتياج اليومي للطفل الرضيع على وجود الفيتامين في حليب الأم (4 ميكروغرامات لكل 100 سم^3 من حليب الأم) لذلك فإن الطفل الرضيع عندما يأخذ 850 سم^3 من الحليب يومياً في الرضاعة الطبيعية، فإنه يحصل على 420 ميكروغراماً من الريتينول retinol (الجزء الحيوي من الفيتامين) وهذا كاف للطفل الرضيع حتى 6 أشهر من العمر. أما الذكر البالغ فيحتاج إلى 1000 ميكروغرام من الريتينول، وتحتاج الأنثى إلى 80% من احتياج الذكر اليومي أي 800 ميكروغرام. وكذلك تحتاج الأم المرضعة إلى 1200 ميكروغرام يومياً. ويتوقف تواجد الفيتامين على نوع الغذاء، وهذا يختلف من بلد لآخر ويتراوح بين 100-1000 ميكروغرام من الفيتامين الحيوي.

أسباب نقص الفيتامين A

1 ـ سوء التغذية malnutrition

2 ـ سوء الامتصاص من الأمعاء الدقيقة malabsorption

3 ـ عدم تحول الفيتامين من الجزء غير الفعال (الكاروتين carotene) إلى الجزء الفعال (الريتينول retinol).
4 ـ سوء انتشار الفيتامين الفعال داخل الجسم.
5 ـ الفقدان السريع للفيتامين.

جفاف العين ونقص الفيتامين

يرتبط نقص الفيتامين A بالاختلاطات التي تصيب العين، التي هي أكثر الأعضاء المتضررة نتيجة لهذا النقص.

وجفاف العين xerophthalmia هو الحالة العامة لنقص الفيتامين والتي تتدرج من مراحلها البدائية حتى تصل إلى مراحل متقدمة تؤدي إلى تقرح القرنية corneal ulceration ثم عتمتها corneal opacity.

وتتلخص مراحل جفاف العين بما يلي حسب أسبقيتها حيث إن العشى الليلي night blindness يمثل المرحلة الأولية منها:

1 ـ العشى الليلي night blindness يتمثل بسوء التكيف للضوء الخافت في الليل
2 ـ جفاف الملتحمة conjunctival xerosis.
3 ـ بقع بايتوت Bitot's spots، وهذه المرحلة امتداد لمرحلة جفاف ملتحمة العين وهي عبارة عن بقع صفراء أو رغوية تتكون على الملتحمة.
4 ـ جفاف القرنية corneal xerosis تظهر القرنية وقد غطت سطحها حبيبات بحيث تؤدي إلى فقدان بريق القرنية وجفافها.
5 ـ تقرح القرنية corneal ulceration في المرحلة الأولى يشمل ذلك أقل من 1/3 سطح القرنية.
6 ـ المرحلة المتأخرة من تقرح القرنية ويشمل ذلك أكثر من 1/3 سطح القرنية.
7 ـ تليف القرنية corneal fibrosis.
8 ـ إصابة شبكية العين retinal damage.

الوقاية Prevention

1 ـ إعطاء جرع وقائية للأطفال المصابين بالحصبة والإسهال وسوء التغذية والالتهابات التنفسية الحادة.

2 ـ إعطاء جرعة وقائية (200000 وحدة عالمية I.U) للأطفال ما قبل سن المدرسة كل 4-6 أشهر وفي حالات خاصة كوجود سوء التغذية. وفي الكوارث قد يعطى الفيتامين كل ثلاثة أشهر وحتى سن الخامسة عشرة.

3 ـ تعطى الأم المرضعة جرعة من الفيتامين A لا تزيد على 100000 وحدة عالمية I.U بعد أسبوعين من الولادة.

4 ـ التمنيع ضد الحصبة للتقليل من حدوثها ومن مضاعفاتها، وبالتالي من الآثار السلبية على العين نتيجة لنقص الفيتامين.

5 ـ الاستمرار في الرضاعة الطبيعية المطلقة حتى نهاية الأشهر الأربعة الأولى على الأقل، كما أن عدم تأخير الرضاعة بعد الولادة وتناول اللبأ (الكولستروم) الغني بفيتامين A يجنب الطفل تأثيرات عوز الفيتامين.

6 ـ الاستمرار في الرضاعة الطبيعية أثناء حالات الإسهال وإعطاء جرع وقائية من الفيتامين أثناء هذه الحالات. كذلك فإن إعطاء أغذية غنية بالفيتامين بعد انتهاء الحالة له دور كبير في الحد من حدوث هذا النقص بالفيتامين.

7 ـ تشجيع تناول الخضروات له أثر في الحد من حدوث حالات النقص بالفيتامين.

8 ـ التثقيف الصحي الغذائي ونبذ الممارسات الغذائية الخاطئة وهذا يبدأ من الأم الحامل إلى الرضيع إلى الطفل ما قبل سن المدرسة وإلى اليافعين.

عوز اليود Iodine Deficiency

اليود أحد العناصر الغذائية الزهيدة المهمة التي يحتاجها الإنسان لإنتاج هرمون الثيروكسين thyroxin الذي تفرزه الغدة الدرقية thyroid gland لتنظيم نمو الإنسان. وهو عنصر يوفره الطعام والماء ويؤدي نقصه في الجسم إلى ضروب من اضطرابات النماء تفسد الحياة والإنتاج ويسبب عوزه أنماطاً من العجز يمكن تجنبها وبؤساً لا داعٍ له. ويحتاج الإنسان إلى اليود بكميات قليلة جداً وبحدود 150 ميكروغراماً للشخص البالغ وتزداد الحاجة عند الحمل والولادة إلى 175 و 200 ميكروغرام يومياً. ويتواجد عنصر اليود في الأغذية البحرية والماء والنباتات في المناطق التي لا يعاني أفرادها من نقصه.

وبائية عوز اليود Epidemiology of Iodine Deficiency

يقدر حالياً أن نحو بليون وستمائة مليون (1.6 بليون) نسمة في 110 بلدان يواجهون خطر عوز اليود، وأن 300 مليون آخرين يعانون تدني القدرات العقلية، ويقدر أن نحو 566 مليوناً من الناس (أي حوالي 10% من سكان العالم) يعانون من تضخم الغدة الدرقية وهو تورم في الغدة عند الحنجرة. ويولد ما يقدر بنحو 3000 طفل مبتسرين سنوياً لأن أمهاتهم يعانين من نقص اليود، كما يولد 120000 طفل مصابين بإعاقات عقلية أو جسدية أو يعانون من عيوب النطق والسمع والتقدم أو الشلل. كما أن حاصل الذكاء لدى أعداد كبيرة من الأطفال ممن يعانون من هذه المشكلة يقل بنحو عشر نقاط عن المعدل العام. وحتى ولو ولد الأطفال بشكل طبيعي فإنهم يتخلفون عن غيرهم في الذكاء إذا قل مستوى مادة اليود في غذائهم عن المعدل المطلوب ويقضون بقية حياتهم أسرى البلادة والخمول واللامبالاة. وهكذا فإن نقص

اليود في الجسم يجلب الفقر لمجتمعات بأكملها، ويبقيها في حالة تخلف غير قادرة على التعلم في سن الطفولة ومحدودة القدر على الكسب عند الكبر.

ويمكن تلخيص الاضطرابات الناتجة عن عوز اليود بما يلي:

1 ـ تضخم الغدة الدرقية goitre

2 ـ تضرر الدماغ والتخلف العقلي grain damage and mental retardation

3 ـ بالنسبة للحامل يؤدي إلى عيوب المشيمة والشناج spasticity والإجهاض miscarriage والإملاص still births وأنواع من الشذوذ الولادي مرتبطة بقصور الغدة الدرقية (الفدامة cretinism) وازدياد الوفيات عند الرضع وحوالي الولادة.

4 ـ إن نقص اليود في المراحل الأولى للطفولة يمنع التطور الطبيعي للطفل من الناحيتين العقلية والبدنية ومن الممكن أن يؤدي إلى التخلف العقلي.

5 ـ أظهرت الدراسات الحديثة بأن نقص اليود يؤثر على حاصل الذكاء intelligence quotient (IQ)، بل إن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طفيفة لا يستطيعون التقدم في حياتهم الدراسية.

الوقاية من عوز اليود

يتم حل مشكلة عوز اليود ببساطة بإضافة اليود إلى ملح الطعام فيصبح كل الملح المستخدم في المنازل مدعماً باليود.

وبين عامي 1978 و 1979 فكر المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في إقامة برنامج لمكافحة الدراق في إقليم شرق البحر المتوسط وذلك لتوطن الدراق في بعض بلدان الإقليم أكثر من سواها. وقد ساعدت المنظمة البلدان على ممارسة طرائق مكافحة هذا الداء ممارسة فعالة بإضافة مادة اليود إلى مصادر الملح وهو حل بسيط لا يكلف سوى مبالغ زهيدة. فبعد سنة من إضافة اليود إلى الملح بشكل منتظم، لن يولد أطفال معتلين عقلياً وستنخفض حالات الدراق، وتتزايد طاقة الأطفال ويتحسن أداؤهم المدرسي.

دور ممرض صحة المجتمع في السيطرة على المشاكل التغذوية

1 ـ توعية الأسرة حول كيفية توفير غذاء كاف ومتكامل لأطفالهم وفي مختلف الأعمار لتجنب إصابتهم بأمراض سوء التغذية.

2 ـ إحالة الأطفال المصابين بسوء التغذية الشديد إلى المستشفيات.

3 ـ تشجيع الأمهات على الرضاعة الطبيعية.

4 ـ توعية الأمهات والآباء حول الأمراض التي تنتج من نقص الفيتامين A وعوز اليود وكيفية توفير الغذاء الغني بهذين العنصرين لأطفالهم لتجنب الإصابة بهذه الأمراض.

5 ـ المشاركة الفعالة في البرامج التثقيفية للعاملين الصحيين.

6 ـ المشاركة في التخطيط للبرامج الصحية الوطنية التي تخص تغذية المجتمع.

أسئلة ونشاطات

1 ـ «إن السمنة وسوء التغذية قد يمثلان طرفي نقيض بسبب قلة الوعي الغذائي» ناقش هذه العبارة مستعيناً بالأمثلة العملية.

2 ـ لو طلب منك أن تخطط لدراسة في منطقتك بخصوص نقص العناصر الغذائية الزهيدة (نقص الحديد واليود والفيتامين A)، ما هي الأسس التي تعتمدها في هذه الدراسة لكي تعطيك فكرة واضحة عن حجم هذه المشكلة في منطقتك؟ وضح ذلك بالأمثلة.

3 ـ ضع برنامجاً لاكتشاف ومتابعة الأطفال ما دون سن الخامسة المصابين بسوء التغذية في منطقتك. ما هي الأسس التي اعتمدتها في هذا البرنامج؟

4 ـ لو طلب منك أن تعطي محاضرة حول التوعية الغذائية للأمهات في منطقتك، ما هي المواضيع التي تعتمدها في محاضرتك لكي تكون عملية ونافعة ومن الممكن اعتمادها وتطبيقها من قبل الأمهات لوقاية أطفالهن من حالات سوء التغذية؟

5 ـ طلب منك أن تناقش مجموعة من الطلبة في المرحلة الثانوية من الدراسة حول دورهم في وقاية المجتمع من السمنة وحالات سوء التغذية، كيف تبدأ المناقشة؟ وما هي الأسس العملية التي تعتمدها لإيصال المفاهيم التي تريدها إلى الطلبة؟ وضح ذلك بالأمثلة العملية التطبيقية.

مراجع للاستزادة

(1) دلائل تدريب عمال صحة المجتمع في مجال التغذية. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، مصر. (1988).

(2) المنشورة التقنية لإقليم شرق البحر المتوسط، الاضطرابات الغذائية السرية الناجمة عن الرخاء في بلدان إقليم شرق البحر المتوسط. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، (1990).

(3) وضع الأطفال في العالم 1994. منظمة الأمم المتحدة للطفولة، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا، عمان، الأردن.

(4) المنشورة التقنية رقم 16 لإقليم شرق البحر المتوسط. اضطرابات عوز اليود، استراتيجية المكافحة في إقليم شرق البحر المتوسط. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، (1991).

(5) المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، المجلة الصحية لشرق المتوسط، المجلد 1، العدد 1، (1995).

(6) The Prescriber, Guidelines On The Rational Use Of Drugs In Basic Health Services. Focus On Vitamin A, Iron Iodine, UNICEF In Cooperation With Prescriber La Revue, December (1993).

(7) A Report Based on The ACC/SCN Consultative Group Meeting On Strategies For The Control Of Vitamin A Deficiency 28-30 July, Ottawa, Canada. (1993).

الكتاب الطبّي الجامعي

تمريض صحّة المجتمع

إن كتاب "تمريض صحة المجتمع" الذي نتصفحه اليوم يرسم لمهنة التمريض خارطة طريق جديدة، تتسع فيها آفاق العمل والتوقعات المطلوبة من التمريض لتصبح متوزعة في المجتمع بكامله، وخدمة وقائية، وتدبيراً علاجياً، وتثقيفاً وتوعية، وتجميعاً للمعطيات ونشرها والانتفاع منها في التخطيط والتقييم والمتابعة، هذا ما توخينا إيضاحه في هذا الكتاب، الذي ندرك منذ الوهلة الأولى أنه سيكون غريباً بعض الشيء في بعض محتوياته على بعض الناس، ومجافياً لبعض ما ألفوه ولكنه في النهاية سيكون لخدمة وصالح المجتمع.

ISBN 9953-37-162-8

9 789953 371627